

**Área de Psicología Básica. Departamento de Psicología de la Educación  
Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona.**

**LOS JUICIOS DE CONTROL SOBRE LOS AGENTES  
DE SALUD: VARIABLE MODULADORA DE LA  
CALIDAD DE VIDA DE LOS ENFERMOS DE CÁNCER  
DE PULMÓN AVANZADO SOMETIDOS A  
TRATAMIENTO PALIATIVO<sup>1</sup>**

Tesis que presenta Eva Juan Linares para optar al título de Doctora en Psicología

Tesis Doctoral codirigida por el Dr. Tomás Blasco Blasco y el Dr. Antonio Font  
Guiteras, profesores titulares del Área de Psicología Básica del Departamento de  
Psicología de Educación de la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Bellaterra, 2001**

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido realizado, en parte, gracias a la ayuda PB97-0212 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT).

*A Moisés Calvet y Víctor Juan,  
con todo mi cariño y agradecimiento  
por el apoyo que me han ofrecido día tras día*

## Conocimiento

*No creas en lo que has oído.*

*No creas en la tradición porque provenga de muchas generaciones.*

*No creas en nada de lo que se ha hablado muchas veces.*

*No creas en algo porque haya sido escrito por algún viejo sabio.*

*No creas en las conjeturas.*

*No creas en la autoridad, en los maestros o en los ancianos.*

*Cuando hayas observado y analizado detenidamente una cosa,*

*Que esté de acuerdo con la razón y beneficie a uno y a otros,*

*Entonces acéptala y vive conforme a ella.*

BUDA

(563 a.C.- 483 a. C.)

## Muerte

*Cuando hayas muerto,*

*No busques tu morada final en la tierra,*

*Sino en el corazón de los hombres.*

Jalal ud-Din RUMI

## ***AGRADECIMIENTOS***

En enero de 1993 empecé la primera parte de esta investigación que aquí se presenta en el Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. En esta fase, no sólo aprendí a desarrollar una investigación, sino que aquí empezó mi verdadera iniciación en lo que se refiere al mundo del enfermo oncológico en todos sus aspectos y niveles: médicos, humanos, psicológicos e incluso espirituales. Todo esto lo debo al tiempo y entusiasmo que el personal sanitario dedicó tanto a la investigación como a mi persona. A todo este potencial humano quiero dedicar mi más sincero agradecimiento y, especialmente:

Al Dr. Juan José López López, jefe de la Unidad de Medicina Oncológica, por su asesoramiento valioso y eficaz en los planteamientos de este trabajo; y por apoyar constantemente este estudio a pesar de las múltiples dificultades que han surgido en su proceso, muchas veces desalentador y arduo.

A la Dra. Cinta Pallarés Curto, por haberme dejado compartir esta investigación con ella, además de dedicarme muchas horas de explicaciones médicas sobre el trato y el cuidado adecuados del enfermo oncológico. También, tengo que agradecerle el gran afecto que siempre me ha manifestado en todos los momentos de acierto y también de desaliento en el desarrollo de nuestra investigación.

Al Dr. Pablo Maroto Rey, por su constante ayuda de carácter científico en las colaboraciones que hemos desarrollado, así como también por el apoyo profesional que siempre me ha manifestado.

A todos los médicos oncólogos adjuntos y residentes, por ayudarme con sus manifestaciones de apreciación y valoración del trabajo, así como en la selección de pacientes para la muestra.

Al Dr. Enrique Álvarez, jefe de la Unidad de Psiquiatría, por su apoyo y profunda valoración de mi trabajo como investigadora y como psicóloga clínica; así como por

permitirme ser una colaboradora en el departamento de Psiquiatría y Psicología y desarrollar más ampliamente mi trabajo asistencial.

Al Dr. Bernardí Martorell, por su gran interés en implantar la psicología oncológica en el Hospital y por su constante aliento y entusiasmo en mi labor como psicóloga especialista en enfermos con cáncer.

A todos los pacientes que han colaborado en este estudio, que en circunstancias físicas y psicológicas muy complicadas y con un sufrimiento desbordado a todos los niveles, han contestado las preguntas con un esfuerzo admirable, por lo que, aunque anónimos, son los verdaderos protagonistas del mismo. Deseo que esta investigación haya tenido algún fruto para ellos y sobre todo que en un futuro próximo lo tenga para otros enfermos en circunstancias similares.

La realización de este trabajo ha tenido una segunda parte de elaboración teórica, fuera del Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que ha sido posible gracias a la ayuda de mis compañeros y profesores del Área de Psicología Básica del Departamento de Psicología de la Educación de la Universitat Autònoma de Barcelona. En especial, quisiera destacar:

Al Dr. Ramón Bayés Sopena, por su apoyo en toda mi trayectoria profesional y sus inestimables comentarios sobre el estudio. Su labor en la Psicología y en concreto en la Psico-oncología ha permitido que muchos alumnos suyos, interesados en este campo tan apasionante sigamos un camino ya empezado trabajando con energía e ilusión.

Al Dr. Jordi Fernández-Castro, al Dr. Francisco Villamarín, al Dr. Antonio Sanz, al Dr. F. Xavier Borrás, a la Dra. Adriana Garau, a la Dra. Silvia Edo, a la Dra. María Álvarez y a Tatiana Rovira, quienes me han orientado y alentado en los aspectos teóricos más difíciles de este trabajo.

Al Dr. Lluís Capdevila, al Catedrático Jaume Cruz, a la Dra. Mónica Pintanel, a la Dra. Lourdes Valiente y al Dr. Joaquim Limonero por animarme en los momentos más difíciles.

Al Dr. Eduardo Doval, del Área de Metodología, que ha dedicado amablemente parte de su tiempo a comentarios básicos para el buen desarrollo estadístico y psicométrico de esta investigación.

A Dolores Mateo y Bárbara Sureda por su inestimable labor inicial de recogida de datos en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

A todos mis amigos de dentro y fuera de la facultad (en especial a Gilbert Martínez) que me han proporcionado mucha alegría y ganas de seguir adelante.

Y por último, y muy especialmente, deseo agradecer al Dr. Tomás Blasco Blasco y al Dr. Antoni Font Guiteras, los directores de esta tesis doctoral, que me hayan proporcionado las condiciones necesarias para mi formación en la Psicología aplicada a la Oncología tanto a nivel investigador como clínico. Debo destacar que cada uno ha hecho un papel clave en mi desarrollo profesional así como en mi crecimiento personal.

Y para finalizar estos agradecimientos, quiero expresar mi más profundo reconocimiento a Tomás Blasco, por su paciencia infinita, su rigurosidad y su delicadeza en los momentos más difíciles de este arduo trabajo.

Muchas gracias.

## GLOSARIO

- AE = Autoeficacia
- CHLC = Subescala de Locus de Control del Azar (Chance Health Locus of Control ) de Wallston et al. (1978)
- CPP = Competencia Personal Percibida
- CV = Calidad de Vida
- CVCP = Instrumento de evaluación de la Calidad de Vida de Cáncer de Pulmón
- EA = Estilo Atribucional
- HAD = Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression scale) de Zigmond y Snaith (1983)
- HLC = Escala Unidimensional de Locus de Control de Salud (Health Locus of Control Scale) de Wallston et al. (1976)
- IC = Ilusión de Control
- IHLC = Subescala de Locus de Control Interno (Internal Health Locus of Control) de Wallston et al. (1978)
- I-E LC = Escala Unidimensional de Locus de Control Interno-Externo (Internal-External Locus of Control scale) de Rotter (1954)
- JC = Juicio de Control
- JCAS = Instrumento de evaluación de los Juicios de Control sobre los Agentes de Salud
- JCASA = Subescala de Juicios de Control sobre los Agentes de Salud en Azar
- JCASE = Subescala de Juicios de Control sobre los Agentes de Salud Externos
- JCASI = Subescala de Juicios de Control sobre los Agentes de Salud Internos
- JCGAS = Instrumento de evaluación de los Juicios de Control General sobre los Agentes de Salud
- LC = Locus de Control
- LCA = Locus de Control en Azar
- LCE = Locus de Control Externo
- LCI = Locus de Control Interno
- LCS = Locus de Control de Salud

- MAACL = Lista de adjetivos afectivos múltiples (Multiple Affect Adjective Checklist) de Zuckerman, Lubin, Vogel y Vaterius (1964)
- MAC = Escala de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer) de Watson et al. (1988)
- MHLC = Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud (Multidimensional Health Locus of Control Scale) de Wallston, Wallston y De Vellis (1978)
- PAIS = Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad (The Psychosocial Adjustment to Illness scale) de Derogatis (1986)
- PC = Percepción de Control
- PHLC = Subescala de Locus de Control del Poder de Otros (Power Health Locus of Control) de Wallston et al. (1978)
- QT = Tratamiento de Quimioterapia
- RT = Tratamiento de Radioterapia
- TA = Teoría Atribucional
- TAS = Teoría del Aprendizaje Social



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN.....   | 1  |
| PARTE TEÓRICA.....  | 9  |
| 1. EL LOCUS DE CONTROL Y LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL .....  | 11 |
| 1.1. ORÍGENES Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE LOCUS DE CONTROL .....   | 12 |
| 1.2. EVOLUCIÓN Y DERIVACIONES DEL LOCUS DE CONTROL .....  | 18 |
| 1.2.1. Dimensionalidad del Locus de Control.....  | 18 |
| 1.2.2. Especificidad del Locus de Control.....  | 20 |
| 1.2.3. Revisión de las Escalas de Locus de Control existentes .....   | 23 |
| 1.2.3.1. Escalas de Locus de Control generales .....  | 23 |
| 1.2.3.2. Escalas de Locus de Control de Salud .....   | 27 |
| 1.2.3.3. Escalas Específicas para Evaluar el Locus de Control de diferentes Grupos de Edad: Niños, Adolescentes y Adultos ..... | 37 |
| 1.2.3.4. Escalas Específicas para Evaluar el Locus de Control del Trabajo....   | 37 |
| 1.2.3.5. Miscelánea de Escalas de Locus de Control .....  | 37 |
| 1.3. LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL .....  | 42 |
| 1.3.1. El uso y significado del concepto “Control” en Psicología.....   | 42 |
| 1.3.2. Una propuesta integradora: la Psicología del Control .....   | 51 |
| 1.3.2.1. El Control Objetivo .....  | 52 |
| 1.3.2.2. El Control Subjetivo: el Sujeto .....  | 53 |
| 1.3.2.2.1. La Motivación .....  | 54 |
| 1.3.2.2.2. El Juicio de Control .....   | 55 |
| 1.3.2.2.2.1. La Autoeficacia .....  | 56 |
| 1.3.2.2.2.2. La Ilusión de Control.....   | 57 |
| 1.3.2.2.3. Factores que influyen en el Juicio de Control .....  | 57 |
| 1.3.2.2.3.1. El Locus de Control .....  | 58 |
| 1.3.2.2.3.2. La Competencia Personal Percibida .....  | 59 |
| 1.3.2.2.3.3. Los Estados de Ánimo .....   | 60 |
| 1.3.2.2.4. Las Consecuencias del Control.....   | 61 |
| 1.4. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES .....  | 62 |
| 2. LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL Y LA PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA .....   | 65 |

|   |     |
|---|-----|
| 2.1. LA CALIDAD DE VIDA.....  | 66  |
| 2.2. ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD .....   | 69  |
| 2.3. CONDUCTAS PREVENTIVAS.....   | 74  |
| 2.4. SUPERVIVENCIA .....  | 75  |
| 2.5. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES.....   | 77  |
| <br>  |     |
| 3. CUESTIONES EN TORNO A LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL .....                            | 79  |
| <br>  |     |
| 3.1. CUESTIONES POR RESOLVER DESDE EL PUNTO DE VISTA<br>TEÓRICO .....               | 79  |
| 3.2. CUESTIONES SUSCEPTIBLES DE INVESTIGACIÓN.....                                  | 82  |
| <br>  |     |
| PARTE EMPÍRICA .....  | 85  |
| <br>  |     |
| 4. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....                               | 87  |
| <br>  |     |
| 4.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....   | 87  |
| 4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....   | 88  |
| <br>  |     |
| 5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....   | 91  |
| <br>  |     |
| 5.1. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN.....   | 91  |
| 5.2. INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN.....                                | 93  |
| 5.2.1. Instrumento de Valoración de la Calidad de Vida de Cáncer de Pulmón<br>..... | 93  |
| 5.2.2. Ítems Clínicamente Relevantes.....   | 96  |
| 5.2.3. El Índice de Karnofsky.....  | 97  |
| 5.2.4. Escala de Juicios de Control de los Agentes de Salud.....                    | 98  |
| 5.2.5. La Supervivencia .....   | 99  |
| 5.3. PROCEDIMIENTO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN .....                                | 99  |
| <br>  |     |
| 6. ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CVCP Y DEL JCAS.....                        | 103 |
| <br>  |     |
| 6.1. ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CVCP.....                                 | 103 |
| 6.1.1. Análisis de Validez del CVCP.....  | 103 |
| 6.1.2. Análisis de Fiabilidad del CVCP.....   | 105 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>6.2. ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL JCAS .....</b>  | <b>107</b> |
| <b>6.2.1. Análisis de Validez del JCAS.....</b>  | <b>107</b> |
| <b>6.2.2. Análisis de Fiabilidad del JCAS .....</b>  | <b>112</b> |
| <b>7. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL CVCP, DEL ÍNDICE KARNOFSKY, DE<br/>LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE RELEVANTES, DEL JCAS Y DE LA<br/>SUPERVIVENCIA .....</b> | <b>115</b> |
| <br>   |            |
| <b>7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL CVCP A LO LARGO DE LOS 4 PASES<br/>.....</b>   | <b>115</b> |
| <b>7.1.1. Descripción de la muestra global.....</b>  | <b>115</b> |
| <b>7.1.2. Descripción por grupos de tratamiento .....</b>  | <b>119</b> |
| <br>   |            |
| <b>7.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL ÍNDICE KARNOFSKY PARA LOS<br/>CUATRO PASES.....</b>  | <b>123</b> |
| <b>7.2.1. Descripción de la muestra global.....</b>  | <b>124</b> |
| <b>7.2.2. Descripción por grupos de tratamiento .....</b>  | <b>125</b> |
| <br>   |            |
| <b>7.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE<br/>RELEVANTES A LO LARGO DE LOS CUATRO PASES.....</b>                                     | <b>126</b> |
| <b>7.3.1. Descripción de la muestra global.....</b>  | <b>126</b> |
| <b>7.3.2. Descripción por grupos de tratamiento .....</b>  | <b>132</b> |
| <br>   |            |
| <b>7.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS JCAS A LO LARGO DE LOS 4<br/>PASES .....</b>  | <b>140</b> |
| <b>7.4.1. Descripción para la muestra global.....</b>  | <b>140</b> |
| <b>7.4.2. Descripción por grupos de tratamiento .....</b>  | <b>143</b> |
| <br>   |            |
| <b>7.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS<br/>ENFERMOS.....</b>   | <b>146</b> |
| <b>7.5.1. Descripción de la muestra global.....</b>  | <b>146</b> |
| <b>7.5.2. Descripción por grupos de tratamiento .....</b>  | <b>146</b> |
| <br>   |            |
| <b>8. ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN ESTA<br/>INVESTIGACIÓN.....</b>  | <b>149</b> |
| <br>   |            |
| <b>8.1. OBJETIVO 1: ESTABILIDAD DEL INSTRUMENTO JCAS A LO<br/>LARGO DE LOS 4 PASES.....</b>  | <b>149</b> |
| <br>   |            |
| <b>8.2. OBJETIVO 2: RELACIÓN DE LOS JCAS CON EL CVCP, EL ÍNDICE<br/>KARNOFSKY, LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y LA<br/>SUPERVIVENCIA. ....</b>  | <b>154</b> |
| <b>8.2.1. Relación de los JCAS con el CVCP.....</b>  | <b>155</b> |

|  |            |
|--|------------|
| 8.2.2. Relación de los JCAS con el Índice Karnofsky .....  | 162        |
| 8.2.3. Relación de los JCAS con los Ítems Clínicamente Relevantes .....  | 166        |
| 8.2.4. Relación de los JCAS con la Supervivencia .....   | 178        |
| <b>8.3. OBJETIVO 3: ELABORACIÓN DEL JCGAS Y LA RELACIÓN DE ÉSTE CON EL CVCP, EL ÍNDICE KARNOFSKY, LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE RELEVANTES Y LA SUPERVIVENCIA .....</b> | <b>179</b> |
| 8.3.1. Elaboración del constructo JCGAS .....  | 180        |
| 8.3.2. Relación del JCGAS con el CVCP, el Índice Karnofsky, los Ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia.....  | 181        |
| 8.3.2.1. Relación del JCGAS con el CVCP .....  | 182        |
| 8.3.2.2. Relación del JCGAS con el Índice Karnofsky .....  | 184        |
| 8.3.2.3. Relación del JCGAS con los Ítems Clínicamente Relevantes.....   | 187        |
| 8.3.2.4. Relación del JCGAS con la Supervivencia.....  | 195        |
| <b>9. DISCUSIÓN .....</b>  | <b>197</b> |
| <b>9.1. DISCUSIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS: EL KARNOFSKY, EL CVCP Y LOS JCAS .....</b>   | <b>197</b> |
| 9.1.1. El Karnofsky .....  | 197        |
| 9.1.2. El CVCP .....   | 199        |
| 9.1.3. Los JCAS .....  | 206        |
| <b>9.2. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 1 .....</b>   | <b>210</b> |
| <b>9.3. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 2 .....</b>   | <b>212</b> |
| 9.3.1. Relación de los JCAS con el CVCP.....   | 212        |
| 9.3.2. Relación de los JCAS con el Índice Karnofsky.....   | 218        |
| 9.3.3. Relación de los JCAS con los Ítems Clínicamente Relevantes .....  | 219        |
| 9.3.4. Relación de los JCAS con la Supervivencia .....   | 223        |
| <b>9.4. DISCUSIÓN DEL OBJETIVO 3 .....</b>   | <b>225</b> |
| 9.4.1. Relación del JCGAS con el CVCP .....  | 226        |
| 9.4.2. Relación del JCGAS con el Karnofsky .....   | 227        |
| 9.4.3. Relación del JCGAS con los Ítems Clínicamente Relevantes.....   | 228        |
| 9.4.4. Relación del JCGAS con la Supervivencia.....  | 230        |
| <b>9.5. DISCUSIÓN GLOBAL .....</b>   | <b>230</b> |
| <b>10. CONCLUSIONES.....</b>   | <b>239</b> |
| <b>10.1. CONCLUSIONES SOBRE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....</b>  | <b>239</b> |
| <b>10.2. CONCLUSIONES SOBRE EL OBJETIVO 1.....</b>   | <b>239</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>10.3. CONCLUSIONES SOBRE EL OBJETIVO 2 .....</b>  | <b>240</b> |
| <b>10.4. CONCLUSIONES SOBRE EL OBJETIVO 3 .....</b>  | <b>241</b> |
| <b>10.5. CONCLUSIONES GLOBALES.....</b>  | <b>241</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>   | <b>243</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>271</b> |
| <b>ANEXO 1:</b>  |            |
| <b>ESCALA DE LOCUS DE CONTROL INTERNO-EXTERNO (I-E).....</b>   | <b>273</b> |
| <b>ANEXO 2:</b>  |            |
| <b>ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD<br/>    (MHLC) .....</b>                           | <b>279</b> |
| <b>ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD<br/>    .....</b>                                  | <b>282</b> |
| <b>ANEXO 3:</b>  |            |
| <b>ESCALA INTERNAL, POWERFUL OTHERS AND CHANCE (IPC).....</b>  | <b>285</b> |
| <b>ANEXO 4:</b>  |            |
| <b>BATERIA DE COMPETENCIAS DE CONTROL .....</b>  | <b>287</b> |
| <b>ANEXO 5:</b>  |            |
| <b>ESCALA DE CAUSALIDAD MULTIDIMENSIONAL Y<br/>    MULTIATRIBUCIONAL (MMCS).....</b>                       | <b>291</b> |
| <b>ANEXO 6:</b>  |            |
| <b>ÍNDICE KARNOFSKY .....</b>  | <b>295</b> |
| <b>ANEXO 7:</b>  |            |
| <b>INSTRUMENTO DE LOCUS DE CONTROL .....</b>   | <b>297</b> |
| <b>ANEXO 8:</b>  |            |
| <b>INSTRUMENTO DE LOS JUICIOS DE CONTROL SOBRE LOS<br/>    AGENTES DE SALUD (JCAS).....</b>                | <b>299</b> |
| <b>ANEXO 9:</b>  |            |
| <b>LISTA DE LOS 32 ÍTEMS DEL CVCP.....</b>   | <b>301</b> |
| <b>ANEXO 10:</b>   |            |
| <b>SUBESCALAS DEL CVCP.....</b>  | <b>303</b> |
| <b>ANEXO 11:</b>   |            |
| <b>INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE<br/>    ENFERMOS DE CÁNCER DE PULMÓN (CVCP).....</b> | <b>305</b> |

## PRÓLOGO

El interés por el locus de control y por la Psico-oncología llevó a la autora de este estudio a compaginar la actividad asistencial psicológica con la actividad investigadora, facilitando su incorporación a un ensayo clínico oncológico que ya había empezado hacía casi un año.

El objetivo de la doctoranda era mejorar y, si era necesario, cambiar algún parámetro de la calidad de vida o del locus de control que formaban parte de este estudio y que los directores (A. Font y T. Blasco) ya estaban investigando desde hacía años y, a partir de los cuales se han derivado otras tesis ya leídas (en algún caso) o en fase de elaboración de forma contemporánea en la que suscribe.

De esta forma, fue más cómodo para todos que la autora de este estudio continuase algo que ya estaba en marcha y, así, no partir de cero dejando pasar la ocasión de continuar algo que, de otro modo, podría haber quedado “abandonado” al no haber personas que pudieran recoger los datos y hacerse cargo de un estudio tan complejo y arduo como el aquí presentado (p.e., las dos primeras estudiantes de psicología que estuvieron recogiendo los primeros datos y que han sido citadas en los agradecimientos abandonaron el estudio por motivos que no hacen al caso).

Además, planificar desde cero una investigación hubiera supuesto los siguientes problemas:

1. Desaprovechar una ocasión única y adecuada para compaginar intereses de todos los implicados (la doctoranda, los codirectores y el Servicio de Oncología del Hospital).
2. Paralizar por tiempo indefinido la parte del ensayo clínico relativa a la medida de la calidad de vida.

3. No tener la certidumbre de poder llevar a cabo el posible diseño alternativo por no poder compatibilizarlo con los intereses del Servicio de Oncología.

Con todo, uno puede pensar que, a partir de ahí, lo más difícil estaba hecho y sólo era cuestión de seguir el camino marcado. Sin embargo, no ha sido así pues una vez “embarcada”, la implicación ha sido total (igual que la dedicación), y el larguísimo período de tiempo dedicado a la recogida de datos (imposible de acortar excepto que se lleve a cabo un estudio multicéntrico, cosa que no era viable cuando se diseñó el estudio) ha ido acompañado de una profunda reflexión sobre los fundamentos teóricos de la Psicología del Control (alimentada por los avances que en dicho campo se han ido volcando en la bibliografía). Fruto de esta reflexión es el presente trabajo que, en cierto modo, supone una autocrítica profunda ya que, a la luz de lo que esa bibliografía nos dice hoy día, la autora, si tuviera que volver a llevar a cabo esta investigación, la desarrollaría con unos instrumentos completamente distintos en lo que a valoración de los constructos de control se refiere. No obstante, cabe sospechar que, de repetirse las circunstancias de recogida de datos (6 años para conseguir una muestra “aceptable”) al final de la misma estaríamos haciendo un planteamiento similar.

Valga, pues, la autocrítica como fundamento del ejercicio académico y del ajuste de conocimiento que transmiten las páginas siguientes. Convivir con dos procesos imprescindibles para la investigación (la reflexión teórica y la recogida de datos) que se han desarrollado con gran rapidez el primero y con inmutable lentitud el segundo, no es fácil, y hacer de ello una tesis doctoral todavía lo es menos. Pero el intento merece la pena. Si el producto es o no digno de ser reconocido como algo meritorio no es algo que podamos juzgarlo nosotros, pero las páginas que siguen recogen, en la medida en que es posible hacerlo, todo el empeño que hemos puesto en conseguir los mejores resultados posibles.

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el estudio de las posibles relaciones entre las variables psicológicas y el cáncer ha generado un amplio cuerpo de investigaciones empíricas que tratan de establecer qué factores psicosociales (características de personalidad, respuestas emocionales, estrategias de afrontamiento del estrés, acontecimientos vitales negativos y situaciones interpersonales conflictivas) pueden estar asociados a la mejora o al empeoramiento de la calidad de vida de los enfermos crónicos y a la progresión de la enfermedad. Sin embargo, sólo una pequeña parte de las investigaciones empíricas analiza la influencia de la percepción de control de la enfermedad en la calidad de vida y en la supervivencia.

Desde esta perspectiva, uno de los constructos que quizá ha generado una mayor cantidad de investigaciones, dentro y fuera de la **Psicología de la Salud**, ha sido el **Locus de Control** y sus derivados. Sin embargo, la complejidad del constructo y las dificultades de su conceptualización (Palenzuela, 1984) han originado una gran variedad de resultados difíciles de integrar, por lo que se ha sugerido la necesidad no tanto de depurar el constructo en sí, sino de establecer una perspectiva más amplia que se denomina Psicología del Control (Palenzuela, 1987).

En las últimas tres décadas, los psicólogos han realizado una gran variedad de investigaciones sobre como los individuos consiguen y mantienen un sentido de control sobre sus vidas. Diversos constructos relativos al control han sido desarrollados e investigados y han demostrado que la habilidad de las personas para conseguir un control personal es esencial para su supervivencia y para su salud mental y física.

En el estudio de los procesos de salud y enfermedad, los factores cognitivos como las creencias, los juicios, las actitudes y los conocimientos, aparecen como determinantes importantes. De todos ellos, la **Percepción de Control** quizá sea uno de los que ha despertado más interés en la investigación actual (Thompson y Spacapan, 1991; Wallston, 1989).



Hoy en día, se considera que tener control, o simplemente tener sensación de que se tiene control sobre cualquier situación es, en muchos casos, beneficioso para la persona. Tal y como afirma Skinner (1996), existe una gran cantidad de bibliografía que muestra sus efectos beneficiosos sobre el bienestar individual e incluso sobre cuestiones más objetivas como la supervivencia.

Los beneficios de tener control en la salud y en la afectividad se han demostrado a través de la vida humana desde la etapa infantil (Cohen, Evans, Stokols y Krantz, 1986; Rothbaum y Weisz, 1989), pasando por la madurez (Averill, 1973; Langer, 1983; Thompson, 1981) hasta la vejez (Abeles, 1990; Riley, 1990; Shapiro, Sandman, Grossman y Grossman, 1995).

Por otro lado, algunos estudios han demostrado que un sentido de Control Personal puede tener pronunciados efectos sobre la morbilidad y la mortalidad. Por ejemplo, en el estudio de Alexander, Langer, Newman, Chandler y Davies (1989), se observó que al enseñar estrategias de autocontrol internas (de relajación, meditación y ocupación de la mente con pensamientos positivos) a un grupo de enfermos, éstos tendían a vivir más que el grupo control. En otro estudio de Rodin y Langer (1977), se observó que al proporcionar control a un grupo de enfermos sobre las decisiones de algunas variables externas (como por ejemplo, la hora de comer y el tipo de comidas, así como el tipo de películas que querían ver y a qué hora), éstos vivían más que el grupo control.

De forma similar, en algunos estudios de pacientes con cáncer, las investigaciones sugieren que una baja percepción de control y una actitud de indefensión ante la enfermedad son poderosos predictores de la primera recidiva y de la muerte debido a la enfermedad (Anderson, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994; Antoni y Goodkin, 1988; Jensen, 1987; Watson et al, 1991).

Sin embargo, también es cierto que, en determinadas circunstancias, tener control puede producir efectos negativos en el individuo. Por ejemplo, proporcionar control a personas que no lo desean, o que no lo pueden utilizar de manera efectiva es

perjudicial ya que puede aumentar los niveles de ansiedad y depresión. Por otro lado, hay situaciones donde el individuo puede querer ejercer el control pero es imposible, por lo que también pueden aumentar los problemas emocionales cuando el individuo persiste en el intento de controlar. Además, tanto la negación como un elevado optimismo también pueden ser negativos, pues el sujeto puede tener ilusión de control, lo que puede provocar que la persona no siga las pautas para conseguirlo (Shapiro, Schwartz y Astin, 1996).

Todas estas posibilidades que ofrece el estudio del control han determinado el desarrollo de multitud de formulaciones teóricas sobre el tema, con más o menos interrelaciones entre ellas, que se apoyan en un amplio número de conceptos aparentemente sinónimos pero de difícil integración. Y ello no sólo por las diferencias de significado que se dan entre constructos, sino por los resultados tan variados que se obtienen de las investigaciones.

Debido a la gran diversidad teórica que engloba el control, en este estudio pretendemos presentar una propuesta integradora de la Psicología del Control, donde consideraremos el Locus de Control como un constructo más. Pues, a pesar de la amplia bibliografía que existe sobre este constructo, se ha llegado a la conclusión de que el Locus de Control tiene un valor predictivo “extensivo” pero no “intensivo”, ya que según Wallston (1992), una alta puntuación en la dimensión internalidad de dicho constructo sólo determina la ejecución de las conductas en aquellos sujetos en los que las consecuencias de las mismas son evaluadas como altamente relevantes. Razón por la cual nos planteamos si sus posibilidades de utilización dentro del campo de la Psicología de la Salud han llegado a su límite y si debería ser sustituido por otras variables con capacidad predictiva más “intensiva”, como es el Control Percibido, que está compuesto a su vez por el Locus de Control y la Competencia Personal Percibida, y esta última a su vez está formada por la Autoeficacia y las Expectativas de Resultados.

Dentro de este marco, el papel del Locus de Control de Salud se redefine y no deberá contemplarse como una variable predictora de las conductas de salud específicas, sino más bien como una variable moduladora de los efectos de las demás variables.

Dado que estamos de acuerdo con este autor, estas consideraciones se han integrado en nuestro modelo de Psicología del Control. Es más, consideramos que nuestro modelo es un heurístico que permite organizar el estudio de los factores que regulan los efectos que la experiencia de control ejerce en los individuos y, a la vez, superar aspectos problemáticos en la valoración del control como son la existencia de diferentes constructos o la cuestión de si para que exista control el agente debe o no ser el propio sujeto.

A partir de aquí, consideramos que un factor primordial para entender el papel del control en la conducta y las emociones, es el grado con el que el sujeto considera que existe control sobre la situación. Por lo tanto, creemos que el concepto crucial es el **Juicio de Control**, ya que va a permitir superar las limitaciones que ha conllevado en el campo de la Psicología de la Salud, por un lado, el uso del constructo Locus de Control, y por otro, los diferentes conceptos relativos al control y aportados por otras teorías.

Con el objetivo de averiguar la influencia de los Juicios de Control en la calidad de vida y la supervivencia de los enfermos de cáncer de pulmón, se ha elaborado el presente trabajo desarrollando un instrumento específico para evaluar los Juicios de Control de los Agentes de Salud de los enfermos con cáncer de pulmón a partir de una adaptación del instrumento de Locus de Control desarrollado por Font (1989).

A partir de la presentación de los Juicios de Control, se ha elaborado un modelo de Psicología de Control que intenta incluir otros constructos pertenecientes al campo del control y así clarificar la gran diversidad teórica que engloba el control.

Finalmente, en la parte empírica, intentaremos constatar el posible efecto modulador de los Juicios de Control sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón con un estadio avanzado (entendida ésta como la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida, en relación con su estado de salud y evaluada por el instrumento de evaluación de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón, en adelante, CVCP) y sobre la supervivencia.

Esta investigación está estructurada en dos partes, una teórica y otra empírica. La primera parte consta de 3 capítulos:

En primer lugar, en el **capítulo 1** se realiza, un repaso exhaustivo sobre el Locus de Control y la evolución de este constructo y, en segundo lugar, se definen otros constructos pertenecientes al campo del “control”, enmarcándolos a todos ellos en nuestro modelo de Psicología de Control aquí presentado.

En el **capítulo 2** se exponen los resultados de la bibliografía encontrada sobre el Locus de Control aplicado al ámbito de la Psicología Oncológica, sobreentendiendo que esto ubica el estudio dentro de la Psicología de la Salud y que las conclusiones que se extraen pueden ser aplicables a otras enfermedades.

En el **capítulo 3**, a partir de la revisión bibliográfica, se hace una reflexión sobre las cuestiones que quedan por resolver desde nuestro punto de vista teórico y los aspectos que creemos que son susceptibles de investigación.

Por otro lado, la segunda parte de este trabajo es de carácter empírico y desarrolla la propuesta de investigación antes mencionada en 7 capítulos:

En el **capítulo 4** se plantea la investigación justificando el contenido y los objetivos que pretenden ser puestos a prueba mediante los datos obtenidos del análisis estadístico.

En el **capítulo 5** se expone la metodología sobre la que se sostiene este trabajo empírico. En primer lugar se describe detalladamente la muestra de sujetos utilizada, en segundo lugar se presentan los instrumentos utilizados y, por último, se explica el procedimiento y el lugar donde se realizó la investigación.

En el **capítulo 6** se realiza un análisis de validez y fiabilidad del CVCP y del instrumento de valoración de los Juicios de Control (en adelante, JCAS) en los 4 momentos de evaluación de los enfermos: en el momento del diagnóstico y después

de recibir el tratamiento (QT o RT) que consistía en tres pases espaciados por una semana.

En el **capítulo 7** se presentan los análisis descriptivos de los tres instrumentos utilizados a lo largo de los 4 momentos de evaluación, así como de la supervivencia de los sujetos. Estos análisis se han efectuado teniendo en cuenta toda la muestra en su conjunto y los dos grupos de tratamiento por separado.

En el **capítulo 8** se realiza un análisis exhaustivo de los objetivos planteados en esta investigación: en primer lugar, demostrar la estabilidad del JCAS, en segundo lugar, comprobar qué efecto modulador tienen los JCAS en el CVCP, el Índice Karnofsky y la supervivencia; y finalmente, elaborar un constructo de control general llamado JCGAS (que incluye el Juicio de Control Interno y el Juicio de Control Externo) y observar también su posible efecto modulador en la calidad de vida y la supervivencia.

En el **capítulo 9** se plantea la discusión, centrada por un lado, en la adecuación de los instrumentos utilizados en el estudio y , por otro, en la explicación de los análisis de los objetivos, así como la contrastación de los planteamientos teóricos con los datos empíricos obtenidos.

Por último, en el **capítulo 10** se exponen las conclusiones principales que, a nuestro juicio, se derivan de la discusión precedente.

Finalmente, es preciso indicar que, a pesar de que esta investigación es el producto final de un largo y arduo trabajo de campo sin precedentes, con instrumentos totalmente novedosos y con todas las connotaciones y dificultades que esto conlleva, no debe perderse la perspectiva y debe recordarse que el objetivo del presente trabajo consiste en aportar información clarificadora acerca de un conjunto de fenómenos relacionados con el control y la calidad de vida de los enfermos con cáncer, poco conexiónados o estudiados, y de difícil aclaración al relacionarlos con los estados avanzados de cáncer (en especial el cáncer de pulmón, que por su agresividad provoca un proceso muy rápido de deterioro del enfermo).

Sería deseable que el conocimiento teórico que se puede aportar desde la línea de investigación que este trabajo representa, sirva para inspirar el diseño de nuevas herramientas de intervención psicológica en el campo de la salud y en concreto en el campo de la Psicología Oncológica, que faciliten la comprensión y a ser posible, una mejor predicción de la calidad de vida de estos enfermos y como consecuencia, posiblemente, de su supervivencia.

Por último, señalar que el tema del control a nivel teórico y crear un instrumento que sirva para averiguar qué Juicio de Control tiene un enfermo, también puede ser útil como instrumento de criba para escoger las intervenciones terapéuticas más adecuadas para cada individuo según su necesidad de control y así apoyar de una forma integral el buen funcionamiento de los tratamientos médicos oncológicos. Sin embargo, somos conscientes que esto es un trabajo de futuro y que en la actualidad todavía hay dificultades importantes para llevarlo a cabo.

# **PARTE TEÓRICA**

## 1. EL LOCUS DE CONTROL Y LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL

J.B. Rotter introdujo el concepto de *Locus de Control* (en adelante, referido como LC) en la década de los años sesenta dentro de la Teoría del Aprendizaje Social (en adelante, TAS). De acuerdo con esta teoría, la conducta de las personas puede predecirse desde el conocimiento de cómo éstas ven la situación, desde sus expectativas sobre su propia conducta y desde sus evaluaciones sobre los resultados que podrían ocurrir a consecuencia de sus actos en esa situación.

Desde esta perspectiva, un *Locus de Control Interno* (en adelante, LCI) se define como la creencia generalizada en la cual los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con la conducta del sujeto.

Por otro lado, un *Locus de Control Externo* (en adelante, LCE) se refiere a la creencia por la cual los refuerzos que siguen a una acción están bajo el control de otras personas, están predeterminados o son incontrolables, puesto que dependen de las fuerzas del destino y/o del azar.

El LC es un constructo que en la *Psicología de la Salud* se ha mencionado a menudo como un factor relevante dentro del marco de conductas relacionadas con la salud y la enfermedad. Así, se han elaborado escalas que evalúan el locus de control específico de salud y que han permitido mostrar, en las investigaciones realizadas en estos últimos 35 años, que las creencias en el *Locus de Control de Salud* (en adelante, LCS) están relacionadas con las conductas que efectúan las personas.

Sin embargo, a lo largo de tantos años de investigación en torno a este concepto también se han generado muchas dudas sobre su importancia, sobre lo que verdaderamente predice y sobre cuál es su ubicación en el amplio abanico de términos que han ido surgiendo en relación con el concepto de control.

Como veremos más adelante, la mayoría de estos conceptos tienen muchos puntos de solapamiento, por lo que se hace difícil establecer sus límites y determinar cuál es su



uso apropiado. Por estas razones, lo que intentaremos nosotros en el presente capítulo es tratar de determinar cuál es la ubicación que tiene el locus de control dentro del concepto más global de “control”, abordándolo desde una perspectiva histórica, teórica y funcional, y poniendo un especial énfasis en lo relativo a su aplicación dentro del campo de la salud.

### **1.1. ORÍGENES Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE LOCUS DE CONTROL**

Uno de los conceptos más ampliamente sometidos a investigación a través de muchas áreas de la psicología (clínica, ocupacional, de la personalidad, del desarrollo y de la psicología social) es el *locus de control*, introducido por el Doctor Julian Rotter en el año 1962.

Aunque parece que la primera formulación del constructo LC por parte de Rotter y sus colaboradores data de 1962, el trabajo ya clásico que suele citarse cuando se alude a la formulación de este constructo es el de Rotter publicado en 1966 (*Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*). Los investigadores que originalmente abordaron el concepto de LC fueron algunos psicólogos clínicos interesados en el estudio de la personalidad y con una clara orientación hacia las teorías del aprendizaje social (p. e. el mencionado Julian Rotter, Shepherd Liverant y Jerry Phares de la Universidad de Ohio), así como algunos sociólogos simpatizantes de esta orientación (p. e. Melvin Seeman y Dwight Dean).

Durante los diez años posteriores a la introducción del LC, éste se convirtió en uno de los constructos más frecuentemente utilizados para medir diferencias individuales de personalidad, siendo empleado en incontables estudios en todo el mundo (Rotter, 1990; Strickland, 1989).

El LC es una variable clásica que ha inducido gran cantidad de investigación empírica dentro de la denominada *Psicología del Control* (Palenzuela, 1984).

Sin embargo, para poder comprender qué es el *locus de control del reforzamiento*, debemos hacer una breve exposición de la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter, de la que forma parte dicho constructo.

En primer lugar hay que recordar que la TAS fue formulada originalmente por Rotter en 1954 y ha sido analizada y matizada posteriormente por el mismo Rotter y otros autores en diversos trabajos (Rotter, 1966, 1975; Lefcourt, 1980; Zuroff, 1980). En su formulación de 1966, Rotter describe y utiliza cuatro tipos de variables que intervienen en la TAS: *el potencial para realizar una conducta, las expectativas de reforzamiento, el valor del reforzamiento y la situación psicológica*. Y en 1975, Rotter se refiere a su TAS formulada en 1954 como “*una teoría molar de la personalidad que intenta integrar dos corrientes de la psicología americana: las teorías del reforzamiento y las teorías cognitivas*”.

El enunciado básico de Rotter formulado en 1954 es el siguiente:

*“el potencial para que una persona haga una conducta en una situación psicológica específica, es función de 1) la expectativa de la persona de que tal conducta llevará a unas consecuencias particulares en esa situación, y 2) del valor de esas consecuencias para la persona en esa situación dada”.*

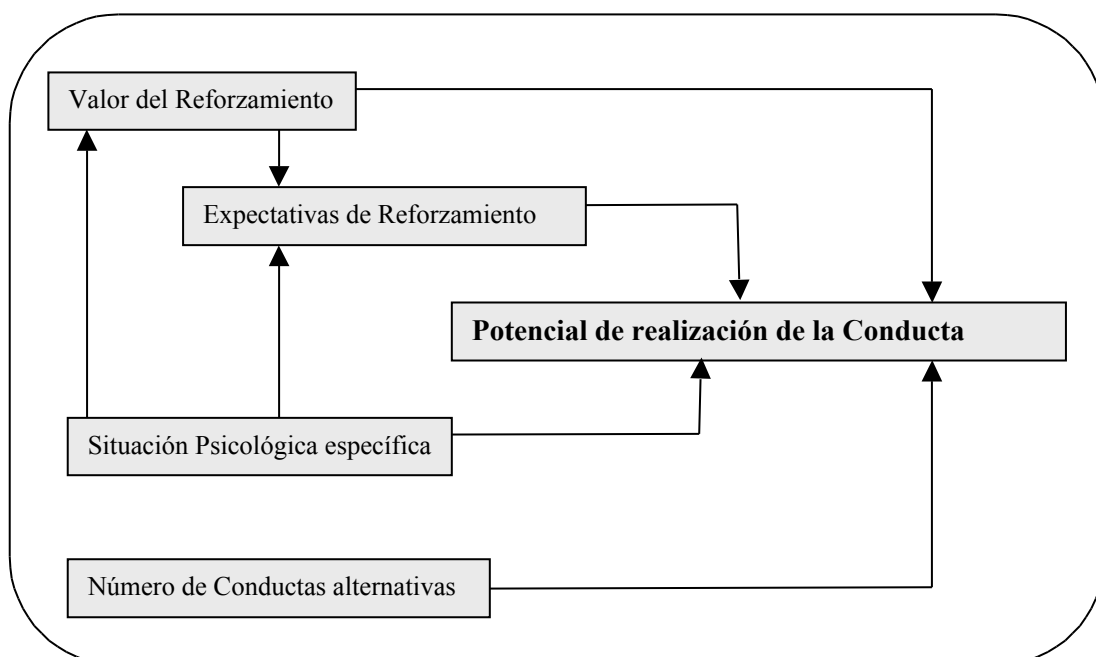
Esta definición dio lugar a la introducción del LC como una expectativa generalizada que despertó el interés de los investigadores de todo el mundo.

Las *expectativas de reforzamiento* en una situación dada, también llamadas *expectativas específicas*, están determinadas por las experiencias concretas del individuo en esa situación y también por las expectativas de carácter general que el individuo genera a partir de sus experiencias en otras situaciones que percibe como similares. En este sentido, Rotter (1975) distingue posteriormente entre *expectativas específicas* (o expectativas de reforzamiento en una situación dada) y *expectativas generalizadas* (o expectativas de reforzamiento que el individuo extrapola de su experiencia en situaciones anteriores similares).

De cara a la definición del LC, nos interesan las *expectativas generalizadas* ya que es en ellas en las que se fundamenta este constructo tal y como apunta Villamarín (1990). El peso relativo de las expectativas generalizadas frente a las expectativas específicas en la determinación de la conducta dependerá de la cantidad de experiencia que tenga el individuo en esa situación, es decir, a mayor experiencia, mayor peso de las expectativas específicas.

Como podemos ver en la Figura 1.1., además de las expectativas de reforzamiento, existen otras dos variables que determinan la tendencia a la realización de una conducta: el *valor del reforzamiento* y las *situaciones psicológicas específicas*, que influyen tanto en las expectativas de reforzamiento como en el valor del reforzamiento (p. e. un niño al que queremos reforzar la conducta específica de estudio debemos motivarlo con algo que tenga mucho valor para éste, como puede ser permitirle ir a jugar a fútbol después de hacer los deberes). Según Rotter (1975), para afinar todavía más la predicción del potencial de realización de una conducta en una situación dada, también hay que tener en cuenta las conductas alternativas disponibles para el individuo en esa situación: cuanto menor sea el rango de opciones conductuales disponibles, mayor será la capacidad de los constructos propuestos en la Teoría del Aprendizaje Social para predecir una conducta, puesto que el número de conductas a elegir será menor.

*Figura 1.1. Aspectos que influyen en la realización de la conducta según Rotter.*



Sin embargo, a pesar de la insistencia de Rotter en la multideterminación de la conducta, toda la atención de la investigación empírica se ha centrado en una sola variable del modelo: “*la expectativa de carácter general conocida como locus de control del reforzamiento*”. Es decir, el LC es una cognición del tipo de *expectativa generalizada*, que refleja el historial de reforzamiento de cada individuo, y que se refiere a la independencia/dependencia de los resultados respecto de la conducta (Villamarín, 1990).

Rotter en 1966, define el concepto de LC de la siguiente forma:

*“Cuando una persona percibe que un refuerzo sigue a una acción suya pero que no es contingente a esa acción, entonces en nuestra cultura se percibe típicamente como el resultado del azar, el destino, que está bajo el control de otras personas con poder, o como algo impredecible debido a la gran complejidad de las fuerzas que lo causan. Cuando una persona interpreta un evento de esta manera, llamamos a esto una creencia en el control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su propia conducta o a sus características relativamente permanentes, llamamos a esto una creencia en el control interno”.*

Es decir, el LC hace referencia a una expectativa generalizada acerca de la contingencia entre las conductas del sujeto y los refuerzos que éste experimenta. La creencia de que los refuerzos que acontecen o afectan a un sujeto son enteramente dependientes de su ejecución conductual se denomina LCI. La denominación de LCE se reserva para la creencia de que, en general, los resultados dependen principalmente, de causas poco controlables y relativamente impredecibles, como la suerte, el azar y la acción de otras personas.

Rotter, en su famoso artículo de 1966 ya mencionado, publicó lo que se considera el primer instrumento elaborado para medir el constructo LC. Dicho instrumento se denominó ***Escala de Locus de Control I-E para Adultos*** (Adult Internal-External Locus of Control Scale). Rotter y sus colaboradores se basaron en la primera *escala de Locus de Control James-Phares* (desarrollada por E. J. Phares en 1955 y refinada

por W. H. James en 1957), compuesta por 60 ítems tipo likert. Esta escala estaba elaborada por un número de subescalas que evaluaban las expectativas de control de diversas áreas específicas (p. e., logro, reconocimiento social, amor y afecto).

Pero este primer intento de crear una escala compleja no superó el rigor del análisis factorial, el cual reflejó la existencia de un factor amplio y de un número elevado de pequeños factores (cada uno de los cuales estaba formado por uno o dos ítems).

Posteriormente y después de varios refinamientos, la escala se convirtió en la conocida escala de Locus de Control I-E de Rotter de 23 ítems (ver Anexo 1). Se trata de una escala unidimensional que muestrea un conjunto muy limitado de áreas conductuales. La dimensión que forma esta escala la constituyen dos polos opuestos; el interno y el externo. Esta escala la expuso detalladamente Rotter en su monografía de 1966 y, debido a la gran popularidad que adquirió, fue la tercera publicación más citada entre los años 1965 y 1975 en el Social Science Citations Index (Lefcourt, 1981).

Una consecuencia del uso de esta escala con un solo factor de dos polos opuestos fue la tendencia a ver el LC como un rasgo de personalidad y no como una creencia, pues el hecho de que las respuestas del sujeto tendieran más a un polo u otro de la escala se atribuía a la existencia de un rasgo de personalidad interno o externo. A ello hay que añadir que el LC es una expectativa generalizada que la persona lleva consigo desde una situación a otra nueva, lo que le hace más similar a un rasgo que a un estado y le aproxima al concepto de dimensión de personalidad.

Este hecho tiene su explicación histórica, pues no hay que olvidar que este constructo lo gestaron psicólogos que en aquellos momentos estaban investigando en el marco conceptual de las teorías de la personalidad y todos los instrumentos que construían estaban sesgados por la tendencia entonces imperante de encontrar formas apropiadas para evaluar los rasgos de personalidad de los individuos (Lefcourt, 1981).

La incorporación de esta variable al modelo de Rotter se esperaba que produjera un incremento del potencial predictivo sobre la conducta bajo el supuesto de que debía ser un agente causal de la misma en contextos ambiguos donde fuera difícil crear expectativas específicas, pero que fueran parecidos a otros ya experimentados por el sujeto.

Sin embargo, aunque fue incorporada a la TAS como una variable complementaria, ha sido utilizada de forma inapropiada al haberse estudiado como predictor de la conducta al margen de otros factores con los que supuestamente interactúa (como por ejemplo el valor del reforzamiento). Por lo tanto, se ha empleado fuera de contexto, según la opinión de su creador, (Rotter, 1975). Posiblemente este hecho explica el bajo poder predictivo de este constructo sobre la conducta, constatado en muchas investigaciones. A pesar de ello, Wallston (1992) señala que aunque dicha relación sea débil, aparece de forma consistente, es decir, el LC se comporta como un predictor muy extensivo pero poco intensivo.

Debemos destacar que la definición de Rotter sólo tiene en cuenta un tipo de consecuencias de la conducta del sujeto: las que pueden ser consideradas como eventos agradables por el mismo, concretamente *los refuerzos*. No considera otros tipos de consecuencias igualmente importantes, como pueden ser los eventos negativos o desagradables. Es Lefcourt quien amplía el rango de posibilidades del constructo LC en su definición de 1980, en la que incluye todo tipo de consecuencias derivadas de la conducta del individuo, independientemente de que éstas puedan ser consideradas como refuerzos o no. La definición del constructo la formula de la siguiente manera:

*“El locus de control es, de una parte, una expectativa generalizada respecto de la conexión entre las características personales y/o las acciones y, de otra, de los resultados esperados [...]. Una expectativa generalizada de control externo es una creencia difusa de que los resultados son independientes de los esfuerzos personales. Una expectativa generalizada de control interno es la creencia de que los resultados son contingentes con las acciones”.*

A partir de esta definición, Lefcourt desarrolló una escala multidimensional de medida del LC que, como veremos en el apartado 1.2.3.1., también ha sido ampliamente utilizada (ver Anexo 5).

Hasta aquí se ha intentado situar el LC dentro de un marco histórico y teórico y, a la vez, aclarar su significado. Como veremos en el apartado siguiente, su evolución ha dado lugar a la elaboración de cuestionarios que evalúan el LC y que han seguido dos grandes direcciones: por una parte, buscando posibles dimensiones del constructo a partir del análisis factorial y, por otra, intentando conseguir una mayor especificidad de los instrumentos tanto por lo que se refiere al área conductual muestreada, como al tipo de población a la que se dirigen.

## **1.2. EVOLUCIÓN Y DERIVACIONES DEL LOCUS DE CONTROL**

Como se ha indicado en el apartado anterior, la elaboración de instrumentos que miden el LC ha seguido básicamente dos caminos: por un lado, buscar posibles dimensiones en este constructo a partir del análisis factorial y, por otro, conseguir una mayor especificidad de los instrumentos.

### **1.2.1. Dimensionalidad del Locus de Control**

Un tema principal relacionado con el LC en estos últimos 25 años es la discusión acerca de si su medida debe ser uni o multidimensional. Desde los años setenta han habido dudas sobre la estructura de la escala original de 1966. Tanto Rotter (1966) como otros investigadores, afirmaron que la *Escala de Locus de Control I-E* era unidimensional, pero en posteriores estudios estos resultados no fueron replicados.

Ya en el año 1969, Gurin y colaboradores, así como en 1972 Sanger y Walker, al efectuar el análisis factorial de la Escala I-E de Rotter, encontraron dos factores a los que llamaron “control personal” y “control ideológico”. Mirels (1970) y Cherlin y Bourque (1974), en su análisis factorial, también encontraron dos factores diferentes a los que denominaron *control general* y *control político*. Sin embargo, Collins

(1974), encontró cuatro factores. Por su parte, Schneider y Parsons (1970) aislaron cinco factores. Y finalmente, tanto el análisis empírico como el teórico realizados por Levenson (1973) sobre la escala original de LC, permitieron descubrir inconsistencias e inadecuaciones, especialmente en la escala externa (Lefcourt, 1981).

A partir de estos hallazgos, Levenson distinguió entre las personas que creen que el poder de otras personas puede controlar el mundo, y las que sienten que el mundo es incontrolable e impredecible. Sobre esta base, Levenson (1974) desarrolló las **Escalas IPC del Locus de Control** (la escala Interna, la escala Poder de los Otros y la escala Azar) (ver Anexo 3), las cuales han sido ampliamente utilizadas en diferentes estudios en los que también se han creado instrumentos específicos que contemplan estas tres dimensiones (ver apartado 1.2.3.2). Por ejemplo, Wallston, Wallston y De Vellis (1978) usaron esencialmente estas tres dimensiones en su revisión de la **Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud** (MHLC)(ver Anexo 2).

Sin embargo, vieron que hay dos tipos diferentes de personas que creen tener control: por un lado las que sólo creen en el control ejecutado por ellas mismas y por otro lado las que creen que pueden controlar ellas o en su defecto delegan el control a otras personas con capacidad para ejercer este control. Aunque ambas tienen puntuaciones elevadas en la creencia del control interno, difieren en las creencias del poder de control ejercido por otras personas (por ejemplo, hay personas que creen que se van a curar de una enfermedad si ellas mismas ejecutan una serie de conductas que consideran saludables, y hay otras que creen que se van a curar como resultado de sus conductas saludables y de la ayuda que pueden recibir de otras personas como los médicos y las enfermeras).

O'Brien (1981) intentó aclarar este extremo introduciendo dos posiciones entre el conjunto de creencias de control internas y el de creencias de control externas. Propuso cuatro dimensiones que clasifican a cuatro tipos de individuos: *la dimensión interna* (que incluye a aquellas personas en las que las creencias en el control interno se establecen en todas las situaciones), *la dimensión realista* (que incluye a aquellas



personas en las que las creencias internas y externas varían en función de la situación concreta), *la dimensión estructuralista* (que incluye aquellas personas que creen que la conducta viene determinada por la clase social a la que se pertenece) y *la dimensión fatalista* (que incluye a aquellas personas que creen que todos los resultados de su conducta dependen de la suerte, el destino o el azar).

En cuanto a la dimensión del control interno, pocos investigadores han intentado subdividir el modelo de creencias de este tipo de control. Sólo Bradley, Brewin, Gamsu y Moses (1984) y Furnham et al. (1991) fueron las excepciones. Estos autores siguieron la Teoría Clásica de Atribuciones desarrollada por Heider en 1958, donde se postula que la internalidad (o instrumentalidad) es el resultado de dos variables: el esfuerzo y la habilidad del individuo. Por lo tanto, estos autores añadieron la distinción entre la habilidad para ejecutar una conducta y el esfuerzo para efectuarla. Esto significa que una persona puede controlar los resultados de su conducta si hace suficiente esfuerzo para ello y/o si es suficientemente hábil para que su conducta dé lugar al control de los resultados.

La conclusión de todos estos intentos de descubrir la dimensionalidad de las escalas de LC es que la mayoría de los nuevos instrumentos desarrollados son multidimensionales (ver tabla 1.1. en pág. 26) y además, suelen incluir las tres dimensiones IPC propuestas por Levenson en 1974.

### **1.2.2. Especificidad del Locus de Control**

En 1966, Rotter desarrolló la *Escala de Locus de Control I-E para Adultos* (ver Anexo 1) para medir únicamente la expectativa general especificando que no debía ser empleada para predecir acciones en situaciones concretas y que, si se quería hacer este uso, era necesario diseñar escalas más específicas. Los investigadores respondieron a esta llamada de atención desarrollando nuevos instrumentos o adaptando el instrumento ya existente a cada conducta que se quería predecir.

Las investigaciones sobre el LC han desarrollado escalas que intentan evaluar el constructo de forma específica para medir conductas en ámbitos concretos. Como

resultado de estas investigaciones se han desarrollado tres aproximaciones bastante distintas y con orígenes diferentes para especificar dichos ámbitos. Los dos primeras intentan clasificar las formas en que puede ejercerse control sobre el entorno independientemente del ámbito en que lo situemos (p. e. laboral, de salud, etc.) y la tercera se centra en la evaluación del control en ámbitos específicos.

La primera aproximación es la de Paulhus y Christie (1981), donde se divide el *control percibido* (es decir, la creencia específica sobre la posibilidad de ejercer control sobre un determinado elemento del ambiente a través de conductas concretas) en diferentes competencias conductuales, tal como lo expresan en su ***Batería de las Competencias de Control*** (ver Anexo 4). La primera competencia está relacionada con el control que efectúa el individuo en un entorno no social en una situación de logro personal, por ejemplo: resolver rompecabezas o escalar montañas. El control a este nivel se denomina *eficacia personal*. La segunda competencia está relacionada con las interacciones del individuo con otras personas en situaciones de grupo, por ejemplo: la defensa de sus intereses y el mantenimiento de la armonía familiar. El control en este caso se denomina *control interpersonal*. La tercera competencia, está relacionada con los objetivos del individuo que a menudo están en conflicto con los del sistema social y político, por ejemplo: participar en una manifestación, boicotear un producto particular o escribir una carta a un diputado. El control a este nivel de competencia se denomina *control sociopolítico*. La cuarta y última competencia es el control que se refiere al conflicto que envuelve al individuo consigo mismo (p. e. el control de los impulsos), y se denomina *conflicto de autodisciplina*. Debemos señalar que este primer intento de especificación de los ámbitos del control en su conjunto no ha sido de gran interés para los investigadores del tema. Sin embargo, el nivel de control que hace referencia a la *eficacia personal* en concreto, sí que ha sido objeto de muchos estudios posteriores por parte de algunos investigadores que han focalizado su atención en este aspecto, como es el caso de Bandura et al. (1980) .

Una segunda aproximación, es la tipificada por Rothbaum, Weisz y Snyder (1982), la cual intenta definir el control en cuatro tipos: a) el *control predictivo*, b) el *control ilusorio*, c) el *control vicario* y d) el *control interpretativo*. A su vez, cada uno de estos tipos se subdivide en dos procesos: a) el *control primario* (que son los intentos

de cambiar el entorno de tal modo que se adapte a las necesidades de uno mismo); y b) el *control secundario* (que son los intentos que hace el individuo para adaptarse al entorno). De esta forma, tenemos que el *control predictivo primario* es el intento de prever los acontecimientos y desarrollar las estrategias que permitan modificarlos. El *control predictivo secundario* es el intento de prever los acontecimientos para anular el sentimiento de enfado o desagrado que pueden producir. El segundo tipo de control es el *control ilusorio primario* que es el intento de influir en la suerte para conseguir unos resultados determinados. Y el *control ilusorio secundario* que es el intento de influir sobre los resultados determinados por el azar. El tercer tipo de control es el *control vicario primario* que es el intento de manipular el poder de otros o intentar imitar su poder o habilidad. Y el *control vicario secundario* que es el intento de asociarse con el poder de otros. El cuarto tipo de control es el *control interpretativo primario*, que es el intento de tratar de entender los problemas para resolverlos. Y el *control interpretativo secundario* que es el intento de tratar de entender los problemas para modificar su significado y posteriormente aceptarlos. Esta segunda aproximación ha tenido un gran impacto en investigadores posteriores que han profundizado en el tema del *control conductual* y el *control cognitivo* basándose en los procesos *primario* y *secundario* formulados por Rothbaum y colaboradores, tal como han puesto de manifiesto Thompson y Collins (1995).

Por otra parte, la tercera aproximación, es el intento de construir cuestionarios destinados a investigar ámbitos específicos donde es importante el control para conseguir unos resultados concretos; por ejemplo: en el área de la salud, en el área laboral y en las relaciones personales entre los individuos de diferentes grupos de edad. Dentro de los diferentes aspectos mencionados, existen instrumentos muy específicos que hacen referencia a conductas muy concretas, como por ejemplo la conducta de beber alcohol dentro del campo de la salud o las conductas de prevención de accidentes en el campo laboral. Como podremos ver en el apartado siguiente, esta tercera aproximación a situaciones específicas de control ha dado lugar a la proliferación de un elevado número de nuevas escalas de LC que presentaremos detalladamente a continuación (ver los apartados 1.2.3.2 a 1.2.3.5.).

### **1.2.3. Revisión de las Escalas de Locus de Control existentes**

A partir de la revisión de escalas de LC propuesta por Furnham y Steele (1993), vamos a resumir de forma exhaustiva la gran mayoría de las escalas de LC encontradas en el Psychological Abstracts y en el Social Science Citations Index desde 1966 hasta 1993. Inevitablemente, algunos instrumentos han podido escapar a nuestra atención a pesar de los esfuerzos por efectuar una revisión completa debido a que las escalas de control, particularmente las escalas específicas para algunas enfermedades, son difundidas en un amplio rango de publicaciones en el que se incluyen revistas poco conocidas y difíciles de localizar. Por tanto, a continuación presentaremos unas tablas con las escalas de LC encontradas teniendo en cuenta su especificidad, dimensionalidad, fiabilidad y validez, según constan en las publicaciones originales que las han dado a conocer.

#### **1.2.3.1. Escalas de Locus de Control generales**

La primera escala de LC, como ya se ha dicho en el apartado 1.1., fue desarrollada por James y Phares en 1957. Después de varios refinamientos, surgió la escala unidimensional desarrollada por Rotter, formada por 23 ítems y denominada *Escala de Locus de Control I-E para Adultos*. La escala de Rotter (1966) (ver Anexo 1) sigue siendo la más conocida y aún la más usada entre las escalas que miden el LC. Además es una de las pocas escalas donde se ha usado la técnica de la respuesta forzada (es decir, hay que escoger obligatoriamente entre a o b). La *Escala I-E*, fue el producto final de cuatro versiones previas y hasta la quinta versión no se valoró la validación concurrente, la de constructo y la predictiva (siendo todas ellas satisfactorias), lo cual permitió su posterior publicación. Esta escala ha sido traducida, acortada, ampliada, analizada y vuelta a analizar factorialmente, modificada, adaptada y criticada, pero se considera aún la base de todas las medidas del LC.

Seguramente, la escala más ampliamente usada después de la de Rotter es la de Levenson (1974), que consta de tres dimensiones y se denomina *escala de Locus de Control IPC* (escala Interna, escala del Poder de los otros y escala del Azar). Tiene

24 ítems (ver Anexo 3) y ha sido sucesivamente utilizada con varios grupos de sujetos. El análisis factorial de esta medida proporciona la evidencia del ideal de una estructura sin solapamientos entre las escalas y, además, tanto el concepto sobre la tridimensionalidad en que se basa la escala como la escala en sí misma, han influido en gran medida a los investigadores de esta área del control, muchos de los cuales han usado como modelo para construir sus propias escalas, como es el caso de Wallston y colaboradores (1978).

Por otro lado, Reid y Ware (1974) construyeron una escala que también incluía tres dimensiones (*control del sistema social, fatalismo y autocontrol*) para evaluar el LC, denominada ***Escala Multidimensional de Locus de Control***. Está formada por 45 ítems de respuesta forzada. Tanto la dimensión del fatalismo como la del control del sistema social fueron medidas con 12 ítems cada una, y la dimensión de autocontrol fue medida con 8 ítems (además añadieron 13 ítems de relleno para completar la escala). Posteriormente, Prichard, Brown y Kelly (1986) confirmaron la estructura de tres factores.

El intento más ambicioso en la creación de una escala de LC fue el de Lefcourt (1981), quien basándose en la Teoría Atribucional (en adelante, TA) desarrolló la ***Escala de Causalidad Multidimensional-Multiatribucional*** (MMCS) (ver Anexo 5). Este instrumento está formado por dos factores de 24 ítems tipo likert (con un rango de 0 a 4). Un factor evalúa el *logro* (factor interno) y el otro la *afiliación* (factor externo). Cada factor está compuesto por 12 ítems que hacen referencia a experiencias de éxito y otros 12 que hacen referencia a experiencias de fracaso. Así mismo, los 24 ítems que componen cada factor también están subdivididos en 4 grupos o atribuciones: las *atribuciones internas estables* (p.e.: habilidades y destrezas); las *atribuciones internas inestables* (p.e.: esfuerzo y motivación); las *atribuciones externas estables* (p.e.: las características contextuales); las *atribuciones externas inestables* (p. e.: los eventos fortuitos como el azar).

Paulhus y Christie (1981) y Paulhus (1983), como ya se ha indicado anteriormente, también intentaron construir una escala multidimensional denominada *Batería de las Competencias de Control* (ver Anexo 4). Estos autores sugirieron que las diferencias

individuales en el control percibido podrían ser distribuidas en componentes asociados a cuatro niveles diferentes de conducta. Estos son: la *eficacia personal* (control sobre el entorno no social como el logro personal); el *control interpersonal* (control sobre otra gente en pequeños o grandes grupos); el *control sociopolítico* (control sobre los eventos e instituciones sociales, económicas y políticas); y el *control de la autodisciplina* (control sobre uno mismo). Lo más interesante de esta aproximación es que aporta una clasificación de matriz en que una persona podría ser interna en una competencia (p.e. la personal) pero externa en otra (p.e. la sociopolítica), lo cual es teóricamente aceptable.

Otro investigador que también desarrolló una escala de LC fue Duttweiler (1984). Es una medida del LC interno con dos factores denominada ***Indice de Control Interno***.

Brewin y Shapiro (1984) construyeron una escala corta de dos factores que pretendía medir la responsabilidad percibida ante la consecución de resultados positivos y de resultados negativos, denominada ***Escala de Atribución de Responsabilidad de los Resultados Positivos y Negativos***. Después de algunos análisis descubrieron que la medida de Rotter correlacionaba con la responsabilidad de los resultados positivos pero no con la responsabilidad de los negativos, hecho lógico pues como ya se ha señalado, la escala de Rotter sólo mide el LC de conductas reforzadas.

Como conclusión global de este subapartado, podemos observar en la tabla 1.1. que a partir de la necesidad de buscar las dimensiones del LC y los dominios que debe analizar, se han desarrollado siete escalas que miden este constructo de diferentes formas, de las cuales tres (la de Rotter, la de Levenson y la de Lefcourt) han sido relevantes debido al gran número de investigaciones que las han empleado para sus trabajos, así como por constituir la base a partir de otras escalas más específicas y refinadas (ver tablas 1.2. a 1.6.).

*1. El Locus de Control y la Psicología del Control*

*Tabla 1.1. Escalas de Locus de Control generales*

| <b>Nombre de la Escala</b>  | <b>Autores</b>           | <b>Núm. de ítems y factores</b> | <b>Tipo de Escalas</b>                     | <b>Fiabilidad</b>  | <b>Validez Demostrada</b>   | <b>Comentario</b>   |
|---|--------------------------|---------------------------------|--|--|---|---|
| Escala Interna-Externa de Locus de Control (I-E)                                | Rotter (1966)            | 23 ítems<br><br>1 factor        | Escalas de respuesta forzada               | Alfa<br>0.69-0.76<br>Test-retest<br>0.60-0.88  | Convergente<br>Discriminante<br>Concurrente<br>Constructo<br>Predictiva | La más conocida y usada de todas las escalas de locus de control generales  |
| Escala Multidimensional de Locus de Control (IPC)                               | Levenson (1974)          | 24 ítems<br><br>3 factores      | Escalas likert de 7 puntos                 | Kuder-Richarson<br>0.64-0.78<br><br>Dos mitades<br>0.62-0.64<br>Test-retest<br>0.62-0.91 | Concurrente<br>Constructo<br>Discriminante                              | La primera escala multidimensional, con un factor interno, y dos factores externos: "azar" y "poder de los otros"                   |
| Escala Multidimensional de Locus de Control                                     | Reid y Ware (1974)       | 45 ítems<br><br>3 factores      | Escalas de 7 puntos:<br>acuerdo-desacuerdo | Alfa<br>0.64-0.78  | Concurrente   | Tres factores: "control del sistema social", "fatalismo" y "autocontrol"  |
| Escala Multidimensional Multiatribucional (MMCS)                                | Lefcourt (1981)          | 48 ítems<br><br>2 factores      | Escalas likert de 5 puntos                 | Alfa<br>0.58-0.81  | Concurrente<br>Constructo<br>Aparente                                   | Dos escalas: "logro" y "afiliación"   |
| Batería de las Competencias de Control  | Paulhus y Cristie (1981) | 30 ítems<br><br>4 factores      | Escalas likert de 7 puntos                 | Alfa<br>0.75-0.81  | Concurrente<br>Constructo   | las subescalas hacen referencia a las competencias de control: "personal", "interpersonal", "sociopolítico", "de la autodisciplina" |
| Índice de Control Interno   | Duttweiler (1984)        | 28 ítems<br><br>2 factores      | Escalas de 5 puntos:<br>acuerdo-desacuerdo | Alfa<br>0.85   | Concurrente   | Dos factores: "autonomía" y "liderazgo"   |
| Escala de Atribución de Responsabilidad de los Resultados Positivos y Negativos | Brewin y Shapiro (1984)  | 12 ítems<br><br>2 factores      | Escalas de 5 puntos:<br>acuerdo-desacuerdo | Alfa<br>0.72   | Concurrente<br>Constructo   | Dos factores: "resultados positivos" y "resultados negativos"   |

### 1.2.3.2. Escalas de Locus de Control de Salud

El concepto de LC ha sido aplicado con mucho entusiasmo a las conductas relacionadas con la salud. Uno de los primeros intentos de desarrollar una escala específica de LC relacionada con las actitudes y las conductas de salud fue la **Escala de Locus de Control de Salud Dental** (ver tabla 1.2. en la pág. 34), que desarrollaron Duke y Cohen (1975) intentando predecir las conductas de salud dental. Estos investigadores ampliaron la *Escala Nowicki-Strickland para Adolescentes* añadiendo 10 ítems (de respuesta tipo si/no) referentes a las actitudes de salud dental de los pacientes. Las respuestas de los pacientes, codificadas como internas o externas, correlacionaban con el nivel de cumplimiento de las prescripciones médicas, de tal manera que los sujetos internos (es decir, los que respondían mayoritariamente respuestas codificadas como internas) fueron juzgados por los profesionales de la salud como más cumplidores de las instrucciones que se les daban al respecto que los sujetos externos (aquellos que respondían mayoritariamente respuestas codificadas como externas).

Quizás la escala más investigada y utilizada es la escala específica de Locus de Control de Salud de Wallston, Wallston y De Vellis (1978), denominada **Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud** (en adelante, MHLC) (ver Anexo 2), la cual reemplazó a la primera **Escala Unidimensional de Locus de Control de Salud** (en adelante, HLC) de Wallston et al. (1976) (ver tabla 1.2.). Los Wallston y sus colaboradores siguieron la recomendación de Rotter (1975) de crear escalas para evaluar el LC en ámbitos conductuales específicos, y por esa razón construyeron una escala para medir el LC en relación con la salud, mediante la HLC. Esta primera escala era de carácter unidimensional y con ella se pretendía evaluar la medida en que las personas creen que la salud depende de su conducta o si por el contrario creen que la salud es algo incontrolable. En el año 1978, Wallston y sus colaboradores crearon un segundo instrumento para evaluar el locus de control en relación con la salud: la escala MHLC que incorpora el modelo trifactorial de creencias en el LC de Levenson (1974). En consecuencia, este segundo instrumento posee tres subescalas: la *subescala de locus de control interno en salud* (IHLC), la *subescala de locus de control del poder de otros en salud* (PHLC) y la *subescala de*



*locus de control del azar en salud* (CHLC). La IHLC expresa creencias en la internalidad, es decir, considera que la salud depende de la propia conducta. La CHLC y la PHLC expresan creencias en la externalidad, es decir, consideran que la salud depende del azar/destino o de la actuación de otras personas competentes respectivamente. Este último tipo de creencias, aunque externas, conlleva una cierta percepción de control, puesto que la PHLC admite la existencia de control indirecto o mediado, a través de la intervención de otras personas y no de la propia conducta. Esta creencia puede resultar muy adaptativa en algunos problemas de salud en los que la capacidad de control está realmente en manos de los profesionales de la salud (lo cual veremos explicado en el capítulo 2).

La fiabilidad interna de estas tres subescalas es elevada. La validez de constructo fue inicialmente establecida mediante una correlación positiva entre la escala IHLC y el estatus general de salud ( $r = 0.40$ ), y mediante una correlación negativa entre el estatus de salud y la escala CHLC ( $r = -0.28$ ). Sin embargo, las puntuaciones de la escala PHLC no se relacionaron con el estatus de salud general. Investigaciones sucesivas con la escala MHLC, sugieren que la validez predictiva difiere marcadamente en función de que los sujetos estén sanos o sufran enfermedades crónicas. Con las muestras de personas sanas, las puntuaciones de la subescala PHLC son menos predictivas de conductas relacionadas con la salud que las puntuaciones de las subescalas IHLC o CHLC. Sin embargo, cuando los sujetos son enfermos crónicos o agudos, las conductas de éstos (p.e., la adherencia terapéutica) se predicen mejor por las creencias de que el control de la salud será ejercido a través del poder de los otros. Estos descubrimientos sugieren que el *estatus de salud actual* es un fuerte factor que influencia las respuestas de los pacientes en los cuestionarios de LC basados en la salud.

Ludenia y Donham (1983), aplicaron la MHLC a pacientes con problemas dentales, y descubrieron que las personas mayores a diferencia de las más jóvenes tenían puntuaciones más elevadas en la dimensión PHLC. Esta interacción entre la edad y la dimensión PHLC también ha sido observada por Wallston y sus colaboradores (1978), así como por Winefield (1982).

Lau y Ware (1981) desarrollaron otro instrumento denominado **Escala de Creencias del Locus de Control Específico en Salud** (ver tabla 1.2.) de 27 ítems, muy similar al MHLC de Wallston et al. (1978). Encontraron cuatro factores en la estructura de la escala, y sugirieron que los resultados referentes a las cogniciones sobre la salud son debidos a las creencias en el azar, en el poder de otros, en uno mismo y en el miedo (o amenaza). La consistencia interna para los 4 factores era baja, pero la fiabilidad test-retest fue más elevada.

La **Escala de Locus de Control de la Salud de los Niños** (ver tabla 1.2.) fue introducida por Parcel y Mayer (1978), trabajando bajo el supuesto de que los niños y los adolescentes tienen unas creencias específicas del LC de la salud. La escala está formada por 20 ítems, y tiene validez concurrente y un coeficiente de consistencia interna elevado.

También se desarrollaron un par de escalas relacionadas con la conducta de beber alcohol y que podemos ver en la tabla 1.2.. La primera fue desarrollada por Donovan y O'Leary (1978), y se denomina **Escala de Locus de Control relacionada con el Beber** (DRIE), constituida por 25 ítems y de estructura trifactorial. La conducta de beber también fue objeto de estudio por parte de Worrell y Timility (1981), que desarrollaron la **Escala de Responsabilidad con el Alcohol**, de 32 ítems que evalúa la creencia del sujeto sobre quién tiene responsabilidad ante la conducta de beber (uno mismo o los otros).

Por otro lado también se crearon escalas relacionadas con la salud mental, como las de Hill y Bale (1981). Estos investigadores construyeron dos escalas distintas, pero relacionadas, para evaluar las creencias y las actitudes sobre la responsabilidad que tienen las personas a la hora de mantener la salud mental y sobre cuál es el origen de ésta (orgánico o ambiental): la primera se denomina **Escala de Locus de Control de la Salud Mental** (ver tabla 1.2.) con 28 ítems, y la segunda denominada **Escala del Locus de Origen de la Salud Mental** (MHLO) (ver tabla 1.2.) con 26 ítems. Esta línea de investigación es muy potente para distinguir el LC del lugar de origen en el estudio de las cogniciones relacionadas con la salud mental. Así mismo, Wood y Letak (1982) desarrollaron la **Escala de Locus de Control de la Salud Mental** (ver

tabla 1.2.) mediante la cual observaron que los pacientes psicóticos se distinguían de los sujetos control por su elevada puntuación en el LC externo.

O'Connell y Price, elaboraron dos escalas cortas que evalúan el LC de la salud relacionada con dos enfermedades específicas: una denominada ***Escala de Locus de Control de la Enfermedad Coronaria*** (O'Connell y Price, 1985) (ver tabla 1.2.), y otra ***Escala de Locus de Control de la Diabetes*** (Ferraro, Price, Desmond y Roberts, 1987) (ver tabla 1.2.). Ambas tienen tres factores claros: el interno, el azar y el poder de los otros.

Del mismo modo, Dowaliby, McKee y Maher (1983) desarrollaron un instrumento corto para evaluar el LC de los estudiantes de post-secundaria con problemas auditivos, denominado ***Inventario del Locus de Control para Sordos*** (ver tabla 1.2.).

Bradley et al. (1984) construyeron un instrumento de estilo atribucional, llamado ***Escala de Control Percibido de la Diabetes Mellitus*** (ver tabla 1.2.), diseñado para medir el control percibido de la diabetes con la intención de predecir las preferencias de tratamiento y las diferencias individuales en las respuestas a los tratamientos. Usando la escala de control percibido de los pacientes, también desarrollaron la ***Escala de Control Percibido del Equipo Médico sobre la Diabetes*** (Gillespie y Bradley, 1988) (ver tabla 1.2.) y con ella pudieron predecir y reducir las desigualdades en el control percibido entre los pacientes y sus médicos. Más recientemente, Bradley, Lewis, Tennings y Ward (1990) desarrollaron una versión modificada de la escala, denominada ***Escala de Control Percibido de los Diabéticos Tratados con Pastillas*** (ver tabla 1.2.). De esta escala se pueden obtener tres puntuaciones finales: el *control personal percibido*, el *control médico* y el *control situacional* ante su diabetes. Los pacientes hacían más atribuciones al control personal en el manejo de su diabetes que al control médico o al control situacional, y además el control personal estaba más fuerte y directamente relacionado con un rango de variables psicológicas tales como el bienestar y la satisfacción con el tratamiento.

En la tabla 1.2., también podemos ver que se han desarrollado algunos instrumentos relacionados con el peso o con la dieta, como son: la **Escala de Locus de Control del Peso** (WLOC) de Saltzer (1982), y la **Escala de Creencias en la Dieta** (DBS) de Stotland y Zuroff (1990).

Catania, McDermott y Wood (1984) construyeron un instrumento breve denominado **Escala de Regulación del Sexo Diádico** (ver tabla 1.2.), que está diseñado para evaluar la relevancia de las creencias de control en la actividad sexual de las parejas.

Labs y Wurtale (1986) desarrollaron la **Escala de Locus de Control de la Salud Fetal** (FHLC) (ver tabla 1.2.) en la que aplicaron el modelo trifactorial de Levenson (1974), y cuyo dominio específico son las creencias de control concernientes a la salud del feto. La validez predictiva en términos de creencias y conductas de las mujeres durante el embarazo dio resultados interesantes: por ejemplo, las puntuaciones de la FHLC-I (interna) predecían el estatus de fumador y la intención de asistir a las clases de parto. Otra escala relacionada con ésta, es la **Escala de Locus de Control en el Parto** (ver tabla 1.2.), la cual fue desarrollada por Schröder (1985).

Whitman, Desmond y Price (1987), desarrollaron otra escala específica de salud denominada **Escala de Locus de Control de la Depresión** (ver tabla 1.2.), que también incorpora el modelo trifactorial de Levenson (1974). Esta escala está formada por tres subescalas de 4 ítems que evalúan el poder de los otros, el azar y otros dos factores internos de control del inicio y el curso de la depresión. Los investigadores sugieren que las escalas de LC específicas para la depresión podrían ayudar a los profesionales de la salud mental a formular estrategias de intervención adecuadas para cada individuo en particular.

Nicassio, Wallston, Callahan, Herbert y Pincus (1985), desarrollaron la escala unidimensional denominada **Índice de Indefensión ante la Artritis** (ver tabla 1.2.) para medir la percepción de los pacientes sobre la pérdida de control ante la enfermedad de artritis.

Pruyn, Van der Borne, De Reuver, De Boer, Bosman, Pelkwijk y Jong (1988), elaboraron la **Escala de Locus de Control en Cáncer** (ver tabla 1.2.) de 22 ítems. Su fiabilidad y validez fueron investigadas por Watson, Greer, Pruyn y Van der Borne (1990). Estos investigadores encontraron tres factores con elevadas consistencias internas y observaron que dichos factores cubrían las creencias pertenecientes al curso de la enfermedad, la causa del malestar y las creencias religiosas. También evaluaron el ajuste mental al cáncer, el cual incluía una escala de *espíritu de lucha* que correlacionaba significativamente con la internalidad como medida del curso de la enfermedad, pero sólo cuando la enfermedad se detectaba en un estadio inicial.

Stanton (1987) desarrolló una **Escala de Locus de Control de la Hipertensión** (ver tabla 1.2.) de 4 ítems, para determinar la adherencia a los regímenes médicos en pacientes hipertensos. Este modelo estructural mostró que los determinantes de la adherencia terapéutica son: tener un elevado conocimiento sobre los tratamientos y un elevado apoyo social.

Partridge y Johnson (1989) construyeron una escala para medir el control percibido de la recuperación para discapacitados físicos, denominada **Escala de Locus de Control en la Recuperación de los Discapacitados Físicos** (ver tabla 1.2.).

De Vellis, De Vellis, Revicki, Luria, Runyan y Briston (1985) diseñaron una medida específica para observar la recuperación de niños enfermos, formada por 5 factores y denominada **Escala de Recuperación de niños Enfermos** (ver tabla 1.2.).

Skevington (1990), desarrolló y analizó la **Escala de Creencias sobre el Dolor** (ver tabla 1.2.), con la que intentó mostrar que las creencias sobre el control del dolor eran tan importantes para controlar el dolor como el control del mismo *per se*.

Más recientemente, Georgiou y Bradley (1992) desarrollaron una nueva y específica medida de LC para la finalización del tabaquismo, denominada **Escala del Locus Específico del Tabaquismo** (ver tabla 1.2.). Esta escala tiene 3 factores (“el rol de los amigos”, “el rol de la familia” y “el rol de la sociedad”), consideradas como ayudas básicas para prevenir o, en su defecto, detener el tabaquismo.

La razón principal por la cual han proliferado tanto las medidas específicas del LC relacionadas con determinadas enfermedades físicas y mentales es que muchas escalas miden la salud física y mental en la misma dimensión y no de forma independiente. A pesar de ello, la escala más usada e investigada para estudiar el LC relacionado con la salud en general o aplicada a enfermedades concretas es la ***Escala de Locus de Control de Salud Multidimensional*** (en adelante, MHLC) de Wallston y colaboradores (1978) (ver Anexo 3), la cual aún hoy en día está en vigor, pues se considera como la principal fuente de las escalas que miden el LC relacionado con la salud en general y a partir de la cual se han creado otras escalas específicas.

*Tabla 1.2. Escalas de Locus de Control de Salud*

| <b>Nombre de la Escala</b>  | <b>Autores</b>                              | <b>Número de ítems y factores</b>                                      | <b>Tipo de Escalas</b>                        | <b>Fiabilidad</b>   | <b>Validez Demostrada</b> | <b>Comentario</b>   |
|---|---|--|---|---|---------------------------|---|
| Escala de Locus de Control de la Salud Dental   | Duke y Cohen (1975)                         | 40 ítems +10 ítems específicos<br>1 factor                             | Respuesta forzada de tipo Si/No               | No se ha estudiado  | Constructo                | Subsecuentemente usada por Kent et al. (1984)   |
| Escala Unidimensional de Locus de Control de Salud (HLC)  | Wallston, Wallston, Kaplan y Maidens (1976) | 11 ítems<br>1 factor   | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo       | Alfa<br>0.67-0.76   | Concurrente Constructo    | Una de las primeras en esta área. La primera escala sobre salud general unidimensional  |
| Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud (MHLC)   | Wallston, Wallston y De Vellis (1978)       | 18 ítems A<br>18 ítems B<br>36 ítems AyB<br>3 factores                 | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo       | Alfa<br>0.83-0.85   | Constructo Concurrente    | La escala más ampliamente usada para evaluar el LC de salud. La primera de 3 factores: "control interno", "poder de los otros" y "control de azar". |
| Escala de Locus de Control de la Salud de los Niños (CHLC)  | Parcel y Mayer (1978)                       | 20 ítems<br>3 factores   | Respuestas forzadas de tipo Si/No             | Alfa<br>0.69  | Constructo Concurrente    | Tiene 3 factores: "poder de los otros", "interno" y "azar"  |
| Escala de Locus de Control relacionado con el Beber (DRIE)  | Donovan y O'Leary (1978)                    | 25 ítems<br>3 factores   | Pares de respuestas forzadas                  | Alfa<br>0.77<br>Kuder-Richarson<br>0.77                           | Constructo Concurrente    | Tres factores: "intrapersonal", "interpersonal" y "control general"   |
| Escala de Responsabilidad con el Alcohol  | Worrell y Timility (1981)                   | 32 ítems<br>1 factor   | Respuesta forzada                             | Test-retest<br>0.60   | Predictiva                | Un factor: "responsabilidad"  |
| Escala de Creencias del Locus de Control Específico en Salud (HLC)  | Lau y Ware (1981)                           | 27 ítems<br>4 factores   | Escalas de 7 puntos: Acuerdo-Desacuerdo       | Tests-retest<br>0.65-0.77<br>Alfa<br>0.39-0.49                    | Constructo Concurrente    | Cuatro factores: "autocontrol sobre la salud", "control de los otros sobre la salud", "suerte en la salud", "amenaza general sobre salud"           |
| Escala de Locus de Control de la Salud Mental (MHLC) y Escala del Locus de Origen de la Salud Mental (MHLO) | Hill y Bale (1981)                          | 28 ítems de la escala MHLC<br>26 ítems de la escala MHLO<br>2 factores | Escalas de 7 puntos: Relevante-irrelevante    | Escala Control:<br>Alfa<br>0.84<br>Esc. Original:<br>Alfa<br>0.76 | Concurrente               | Interesante para la investigación en el control y el origen de los factores que desencadenan la enfermedad mental                                   |
| Escala de Locus de Control de la Salud Mental   | Wood y Letak (1982)                         | 6 ítems<br>1 factor  | Escalas de 4 puntos: Importante-no importante | No se ha estudiado  | Constructo                | Un factor con dos polos opuestos: "interno" y "externo"   |
| Escala de Locus de Control de la Enfermedad Coronaria   | O'Connell y Price (1985)                    | 20 ítems<br>3 factores   | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo       | Alfa<br>0.76-0.83   | Contenido Concurrente     | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de otros"   |

*1. El Locus de Control y la Psicología del Control*

| <b>Nombre de la Escala</b>   | <b>Autores</b>                           | <b>Número de ítems y factores</b>                       | <b>Tipo de Escalas</b>  | <b>Fiabilidad</b>                        | <b>Validez Demostrada</b>               | <b>Comentario</b>  |
|--|--|---|---|--|---|--|
| Escala de Locus de Control de la Diabetes                            | Ferraro, Price, Desmond y Roberts (1987) | 25 ítems<br>3 factores                                  | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo                       | Alfa<br>0.72-0.75                        | Contenido<br>Concurrente                | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"  |
| Inventario del Locus de Control para Sordos                          | Dowaliby, McKee y Maher (1983)           | 23 ítems<br>2 factores                                  | Escalas de 5 puntos: Acuerdo-Desacuerdo                       | Alfa<br>0.62-0.73                        | Concurrente                             | Dos factores: "interno" y "externo"  |
| Escala de Locus de Control del Peso (WLOC)                           | Saltzer (1982)                           | 4 ítems<br>1 factor                                     | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo                       | Alfa<br>0.58<br>Test-retest<br>0.67      | Constructo<br>Predictiva<br>Concurrente | Tiene una dimensión con dos polos opuestos: "interno" y "externo"  |
| Escala de Creencias en la Dieta (DBS)                                | Stotland y Zuroff (1990)                 | 16 ítems<br>3 factores                                  | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo                       | Alfa<br>0.68<br>Test-retest<br>0.81      | Constructo<br>Concurrente               | Tres factores: "interno", "externo" y "poder de los otros". Correlación positiva con la escala de Saltzer (1982) |
| Escala de Control Percibido de la Diabetes Mellitus                  | Bradley, Brewin, Gamsu y Moses (1984)    | 6 eventos hipotéticos<br>7 clases de cada<br>2 factores | Escalas de 7 puntos: diferentes para cada una de las 7 clases | Alfa<br>0.42-0.68                        | Constructo                              | Seis eventos (de 7 ítems) recombinales en dos factores: "control personal" y "control médico"                    |
| Escala de Control Percibido del Equipo Médico sobre la Diabetes      | Gillespie y Bradley (1988)               | 6 eventos hipotéticos<br>7 clases de cada<br>2 factores | Escalas de 7 puntos: diferentes para cada una de las 7 clases | Alfa<br>0.51-0.73                        | Constructo                              | Dos grandes factores: "control de los pacientes" y "control de los sanitarios"                                   |
| Escala de Control Percibido de los Diabéticos Tratados con Pastillas | Bradley, Lewis, Tennings y Ward (1990)   | 5 eventos hipotéticos<br>7 tipos de cada<br>3 factores  | Escalas de 7 puntos: diferentes para cada una de las 7 clases | Alfa<br>0.70-0.91                        | Contenido<br>Constructo                 | Tres factores: "control personal", "control médico" y "control situacional"                                      |
| Escala de Regulación del Sexo Diádico                                | Catania, McDermott y Wood (1984)         | 11 ítems<br>1 factor                                    | Escalas de 7 puntos: acuerdo-desacuerdo                       | Alfa<br>0.74-0.83<br>Test-retest<br>0.77 | Concurrente                             | Posiblemente confunde la deseabilidad social con la personal   |
| Escala de Locus de Control de la Salud Fetal (FHLC)                  | Labs y Wurtale (1986)                    | 12 ítems<br>3 factores                                  | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo                       | Alfa<br>0.76-0.88                        | Concurrente<br>Predictiva               | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"  |
| Escala de Locus de Control en el Parto                               | Schröder (1985)                          | 20 ítems<br>3 factores                                  | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo                       | Alfa<br>0.76                             | Concurrente                             | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"  |



*1. El Locus de Control y la Psicología del Control*

| Nombre de la Escala   | Autores   | Número de ítems y factores | Tipo de Escalas                                | Fiabilidad                          | Validez Demostrada                       | Comentario   |
|---|---|----------------------------|--|-------------------------------------|--|--|
| Índice de Indefensión ante la Artritis                                      | Nicassio, Wallston, Callahan, Herbert y Pincus (1985)             | 15 ítems<br>1 factor       | Escalas de 5 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.69<br>Test-retest<br>0.53 | Contenido<br>Constructo<br>Concurrente   | Correlaciona con las dimensiones: autoinforme cognitivo, emociones y conductual                                |
| Escala de Locus de Control de la Depresión                                  | Whitman, Desmond y Price (1987)                                   | 12 ítems<br>3 factores     | Escalas de 6 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.63-0.73                   | Contenido<br>Constructo<br>Concurrente   | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"  |
| Escala de Locus de Control en Cáncer  | Pruyn, van der Borne et al. (1988)<br>Watson, Greer et al. (1990) | 22 ítems<br>3 factores     | Escalas de 6 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.77-.080                   | Constructo<br>Concurrente                | Tres factores: "curso de la enfermedad", "causa de la enfermedad", "control religioso"                         |
| Escala de Locus de Control de la Hipertensión                               | Stanton (1987)  | 4 ítems<br>1 factor        | Escalas de 7 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.87                        | Constructo<br>Concurrente                | Remodelada posteriormente por Witenberg et al. (1983)  |
| Escala de Locus de Control en la Recuperación de los Discapacitados Físicos | Partridge y Johnson (1989)  | 9 ítems<br>2 factores      | Escalas de 7 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | No se ha estudiado                  | Constructo<br>Concurrente                | Dos factores: "interno" y "externo"  |
| Escala de Recuperación de Niños Enfermos                                    | De Vellis, De Vellis, Revicki, Luria, Runyan y Briston (1985)     | 24 ítems<br>5 factores     | Escalas de 6 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.58-0.83                   | Constructo                               | Cinco factores: "profesional", "teológico", "influencia de los familiares", "influencia de los niños" y "azar" |
| Escala de Creencias sobre el Dolor  | Skevington (1990)   | 15 ítems<br>3 factores     | Escalas de 6 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.68<br>Dos Mitades<br>0.64 | Concurrente<br>Discriminante             | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"  |
| Escala del Locus Específico del Tabaquismo                                  | Georgiou y Bradley (1992)   | 11 ítems<br>3 factores     | Escalas de 6 puntos:<br>acuerdo-<br>desacuerdo | Alfa<br>0.55-0.63                   | Constructo<br>Concurrente<br>Incremental | Tres factores: "el rol de los amigos", "rol de la familia" y "rol de la sociedad"                              |

### **1.2.3.3. Escalas Específicas para Evaluar el Locus de Control de diferentes Grupos de Edad: Niños, Adolescentes y Adultos**

Durante los últimos años se han intentado elaborar algunas escalas para evaluar el LC en niños y adolescentes, desarrollándose medidas generales y otras específicas, como por ejemplo las escalas que evalúan los logros académicos. En las tablas 1.3. y 1.4. detallamos todas las escalas encontradas en la bibliografía.

### **1.2.3.4. Escalas Específicas para Evaluar el Locus de Control del Trabajo**

Los investigadores interesados en la psicología ocupacional, industrial y organizacional intentaron desarrollar medidas predictivas del LC en el ámbito particular de las conductas designadas como laborales. En la tabla 1.5. se han descrito las escalas encontradas hasta el momento para medir el LC en este ámbito.

### **1.2.3.5. Miscelánea de Escalas de Locus de Control**

En la tabla 1.6., podemos destacar algunas escalas para evaluar el LC que han sido desarrolladas únicamente para objetivos específicos o proyectos de investigación concretos.

*1. El Locus de Control y la Psicología del Control*

*Tabla 1.3. Escalas de Locus de Control para Niños y Adolescentes.*

| <b>Nombre de la Escala</b>   | <b>Autores</b>                        | <b>Número de ítems y factores</b>           | <b>Tipo de Escalas</b>               | <b>Fiabilidad</b>                                    | <b>Validez Demostrada</b>                | <b>Comentario</b>   |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|---|
| Escala de Locus de Control de Bialer                               | Bialer (1961)                         | 23 ítems<br>1 factor                        | Respuestas forzadas de tipo Si-No    | No evaluada  | No evaluada                              | Es el primer instrumento en este campo  |
| Test de Locus de Control I-E de Dibujos para Niños                 | Battle y Rotter (1963)                | 6 dibujos<br>1 factor                       | 7 puntos para cada dibujo            | No evaluada  | Concurrente<br>Predictiva                | Solamente existe esta escala de este tipo   |
| Cuestionario de Responsabilidad del Logro Académico                | Crandall, Katkovsky y Crandall (1965) | 34 ítems<br>1 factor                        | Respuestas forzadas                  | Alfa<br>0.54-0.60<br>Test-retest<br>0.54-0.74        | Constructo<br>Predictiva                 | Usada específicamente en un contexto académico  |
| Escala de Locus de Control para Niños                              | Nowicki y Strickland (1973)           | 40 ítems<br>1 factor                        | Respuestas forzadas de tipo Si-No    | Alfa<br>0.62-0.81                                    | Concurrente<br>Constructo                | Una de las escalas más ampliamente usadas en este campo   |
| Escala de Control I-E Stanford de Pre-escolar                      | Mischel, Zeiss y Zeiss (1974)         | 14 ítems<br>1 factor                        | Respuestas forzadas                  | Dos Mitades<br>0.47-0.62<br>Test-retest<br>0.14-0.20 | Constructo<br>Predictiva                 | La fiabilidad es baja posiblemente debido a la edad de los sujetos  |
| Grupo de Medidas de Locus de Control                               | Gruen, Korte y Baum (1974)            | 38 fotografías                              | Respuestas forzadas                  | Kuder-Richarson<br>0.68-0.79                         | Concurrente                              | Poco usada  |
| Escala de Locus de Control para Grupos Minoritarios                | Louden (1978)                         | 12 ítems<br>1 factor                        | Respuestas forzadas de tipo Si-No    | Dos Mitades<br>0.61                                  | Concurrente                              | Poco usada  |
| Escala de LC para la percepción de Niños en Interacciones Sociales | Dahlquist y Ottinger (1983)           | 48 ítems<br>1 factor                        | Respuestas forzadas de tipo Si-No    | Alfa<br>0.75-0.80                                    | Concurrente<br>Constructo<br>Convergente | Incluye la escala de deseabilidad social  |
| Escala Multidimensional del Locus de Control para niños            | Richaud de Minzi (1991)               | 45, 32, 16 ítems cada versión<br>5 factores | Respuestas forzadas de tipo Si-No    | Dos Mitades<br>0.41-0.74<br>Test-retest<br>0.42-0.79 | Aparente                                 | Cinco factores: tres internos ("instrumental", "afectivo", "variado") y dos externos ("fatalismo" y "poder de los otros") |
| Escala Multidimensional de la Percepción del Control de los Niños  | Connell (1985)                        | 48 ítems<br>3 factores                      | Escalas de 4 puntos: verdadero-falso | Alfa<br>0.43-0.75                                    | Constructo<br>Predictiva                 | Tres factores: "interno", "poder de los otros" y "desconocido"  |

*Tabla 1.4. Escalas de Locus de Control para distintas Épocas Vitales elaboradas por Duke y Nowicki-Strickland.*

| Nombre de la Escala   | Autores                        | Número de ítems y factores | Tipo de Escalas                   | Fiabilidad                                      | Validez Demostrada                          | Comentario   |
|---|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|---|--|
| Escala de Control Interno-Externo para Pre-escolar y Primaria de Nowicki-Strickland (PPNSIE)                  | Nowicki y Duke (1974 a)        | 26 ítems<br>1 factor       | Respuestas forzadas de tipo Si-No | Correlaciones modestas del total de los ítems   | Constructo                                  | Poco usada   |
| Escala de Control Interno-Externo para Niños Negros de Pre-escolar y Primaria de Nowicki-Strickland (BPPNSIE) | Duke y Lewis (1979)            | 26 ítems<br>1 factor       | Respuestas forzadas de tipo Si-No | Test-retest<br>0.62-0.72                        | Concurrente<br>Constructo                   | Poco usada   |
| Escala de Control Interno-Externo para Niños de Nowicki-Strickland (CNSIE)                                    | Nowicki y Strickland (1973)    | 40 ítems<br>1 factor       | Respuestas forzadas de tipo Si-No | Alfa<br>0.62-0.81                               | Concurrente<br>Constructo<br>Predictiva     | Muy bien investigada   |
| Escala de Control Interno-Externo para Adultos de Nowicki-Strickland (ANSIE)                                  | Nowicki y Duke (1974 b)        | 40 ítems<br>1 factor       | Respuestas forzadas de tipo Si-No | Dos Mitades<br>0.74-0.86<br>Test-retest<br>0.83 | Concurrente<br>Convergente<br>Discriminante | Correlacionaba con la escala de Rotter con una $r=0.44-0.68$ |
| Escala de Control Interno-Externo para Geriátricos de Nowicki-Strickland (GNSIE)                              | Duke, Shaheer y Nowicki (1974) | 38 ítems<br>1 factor       | Respuestas forzadas de tipo Si-No | Alfa<br>0.65-0.86                               | Concurrente<br>Constructo                   | No muy diferente de la escala ANSIE                          |

*1. El Locus de Control y la Psicología del Control*

*Tabla 1.5. Escalas de Locus de Control del Trabajo.*

| <b>Nombre de la Escala</b>   | <b>Autores</b>                 | <b>Número de ítems y factores</b>                               | <b>Tipo de Escalas</b>                  | <b>Fiabilidad</b>                   | <b>Validez Demostrada</b>            | <b>Comentario</b>   |
|--|--------------------------------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Escala de Locus de Control de la Seguridad                             | Jones y Wuebker (1985)         | 17 ítems<br>1 factor  | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo | 0.85 (SB)                           | Criterio                             | Poco usada  |
| Escalas del Conductor Interna (DI) y Escala del Conductor Externa (DE) | Montag y Comrey (1987)         | 16 ítems la DI<br>14 ítems la DE<br>1 factor                    | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo | No evaluada                         | Discriminante                        | Cada escala tiene un factor   |
| Escala de Locus de Control de la Economía                              | Furnham (1986)                 | 40 ítems<br>5 factores  | Escalas de 7 puntos: acuerdo-desacuerdo | Alfa<br>0.78<br>Test-retest<br>0.86 | Concurrente<br>Criterio              | Cinco factores: "interno", "azar", "externo", "negación" y "poder de los otros" |
| Escala de Locus de Control del Trabajo                                 | Spector (1988)                 | 16 ítems<br>1 factor  | Escalas de 6 puntos: acuerdo-desacuerdo | Alfa<br>0.75-0.85                   | Concurrente                          | Poco usada  |
| Escala del Locus de Control del Cuidador                               | Trice, Haire y Elliot (1989)   | 18 ítems<br>1 factor  | Escalas de 6 puntos: verdadero-falso    | Kuder-Richardson<br>0.84-0.89       | Constructo predictiva                | Poco usada  |
| Cuestionario del Estilo Atribucional en la Ocupación Laboral           | Furnham, Sadka y Brewin (1991) | 5 situaciones positivas y 5 situaciones negativas<br>3 factores | Escalas de 7 puntos                     | Alfa<br>0.52-0.84                   | Concurrente<br>Constructo Predictiva | Tres factores: "específico", "interno" y "externo"                              |

*Tabla 1.6. Miscelánea de Escalas de Locus de Control.*

| <b>Nombre de la Escala</b>                            | <b>Autores</b>                           | <b>Número de ítems y factores</b> | <b>Tipo de Escalas</b>                           | <b>Fiabilidad</b>                                 | <b>Validez Demostrada</b>        | <b>Comentario</b>   |
|---|--|-----------------------------------|--|---|----------------------------------|---|
| Escala del Control Deseado                            | Reid y Ziegler (1981)                    | 22 ítems:<br><br>1 factor         | Escalas de 5 puntos:<br><br>deseable-no deseable | Alfa<br>0.80-0.90<br><br>Test-retest<br>0.39-0.63 | Concurrente<br><br>Discriminante | Los ítems tienen puntuaciones elevadas para la población anciana  |
| Escala de Locus de Control Marital                    | Miller, Lefcourt y Ware (1983)           | 44 ítems                          | Escalas de 6 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.83                                      | Convergente<br><br>Discriminante | Usada en investigaciones sobre problemas matrimoniales  |
| Escala de Locus de Control Académico                  | Trice (1985)                             | 28 ítems<br><br>1 factor          | Escalas de verdadero-falso                       | Alfa<br>0.70<br><br>Test-retest<br>0.92           | Concurrente<br><br>Constructo    | Poco usada  |
| Escala de Locus de Control para Maestros              | Rose y Medway (1981)                     | 25 ítems<br><br>1 factor          | Escalas de respuestas forzadas                   | Kuder-Richardson<br>0.17-0.81                     | Constructo                       | Muy similar a la escala original de Rotter  |
| Escala de Locus de Control de la Energía Nuclear      | Rounds y Erdal (1988)                    | 22 ítems<br><br>3 factores        | Escalas de 6 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.62-0.91                                 | Concurrente                      | Tres factores: "control del sistema", "poder de los otros" y "azar"   |
| Escala de Locus de Control del Arrendatario           | Le Brasseur, Blackford y Whissell (1988) | 26 ítems<br><br>4 factores        | Escalas de 5 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.65                                      | Concurrente<br><br>Constructo    | Cuatro factores: "control del sistema", "poder de otros", "control personal" y "control variado"  |
| Escala de Locus de Control de los Hijos               | Campis, Lyman y Prentice-Dunn. (1986)    | 48 ítems<br><br>5 factores        | Escalas de 5 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.62-0.92                                 | Convergente<br><br>Concurrente   | Cinco factores: "eficacia de los padres", "responsabilidad de los padres", "control de los padres en la vida de los niños", y "creencias de los padres en la fe", "control de los padres en las conductas de los niños" |
| Escala de Locus de Control de los Padres              | Furnham (1992)                           | 60 ítems<br><br>4 factores        | Escalas de 7 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.69-0.81                                 | Concurrente                      | Cuatro factores: "fatalismo", "responsabilidad", "autoeficacia", "destino/negación"   |
| Escala de Locus de Control de los Objetivos Ejercidos | McCready y Long (1985)                   | 18 ítems<br><br>3 factores        | Escalas de 5 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.69-0.72                                 | Concurrente                      | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"   |
| Escala de Locus de Control del Fitness                | Whitehead y Corbin (1988)                | 18 ítems<br><br>3 factores        | Escalas de 6 puntos:<br><br>acuerdo-desacuerdo   | Alfa<br>0.70-0.83                                 | Constructo                       | Tres factores: "interno", "azar" y "poder de los otros"   |

### 1.3. LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL

#### 1.3.1. El uso y significado del concepto “Control” en Psicología

A finales de los años 50 y principios de los 60, se empezó a estudiar el *control personal* en el ámbito de la psicología, pero es en las últimas tres décadas del siglo XX cuando han proliferado los estudios referidos a este tema dando lugar a un nuevo campo de investigación referido al Control bautizado como Psicología del Control por Palenzuela (1984).

Los estudios realizados han dado lugar a diferentes constructos y términos, así como a diversas propuestas para conseguir el control sobre el comportamiento, las cogniciones y el estado de ánimo. Algunos de los constructos más investigados en este tema de la percepción de control y sus consecuencias han sido el LC, la autoeficacia y la competencia percibida.

En el ámbito de estudio de los procesos de salud y de enfermedad, los factores cognitivos como las creencias de control, las actitudes y los conocimientos aparecen como determinantes importantes. De todos ellos, la *percepción de control* quizá sea uno de los que mayor interés ha despertado en la investigación actual (Thompson y Spacapan, 1991; Wallston, 1989; Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987). Las investigaciones realizadas desde la Psicología y la Sociología han demostrado que la percepción de control es un buen predictor del bienestar físico y mental y tal vez de una mayor supervivencia (Skinner, 1996), y también está considerado como un elemento central en psicoterapia y salud mental (Shapiro, Schwartz y Astin, 1996).

Hoy en día, se considera que tener control, o simplemente tener la sensación de que se tiene control, sobre cualquier situación es, en muchos casos, beneficioso para la persona. Tal y como afirma Skinner (1996), en su artículo de revisión (*Personality processes and individual differences. A guide to constructs of control*) sobre los diferentes constructos relacionados con la percepción de control, existe una gran cantidad de bibliografía que muestra sus efectos beneficiosos sobre el bienestar individual e incluso sobre cuestiones más objetivas como la supervivencia. Sin

embargo, no es menos cierto que, en determinadas circunstancias, tener control puede producir efectos negativos en el individuo. Por ejemplo, el proporcionar control a aquellas personas que no lo desean, o que no lo pueden utilizar de manera efectiva es perjudicial ya que puede aumentar los niveles de ansiedad y depresión. Por otro lado, hay situaciones donde el sujeto puede querer ejercer el control pero es imposible, por lo que también pueden aumentar los problemas emocionales cuando el individuo persiste en el intento de controlar. Además, tanto la negación como un elevado optimismo también pueden ser negativos, en el sentido de que el sujeto puede tener la ilusión de control, lo que puede provocar que la persona no siga las pautas para conseguirlo (Shapiro, Schwartz y Astin, 1996).

Todos estos conocimientos provienen de una investigación con varias décadas de historia, y sus pilares básicos pueden situarse en al menos cuatro paradigmas (Thompson y Collins, 1995; Shapiro, Schwartz y Astin, 1996).

El primer paradigma, apareció en los años 60, con la *Teoría del Aprendizaje Social* de Rotter (1966), a partir de la cual el autor desarrolló su escala de Locus de Control Interno-Externo para valorar las creencias subjetivas respecto a la situación del control sobre los resultados, planteando que algunas personas consideran los resultados como dependientes o como independientes de sus acciones, situando así al control dentro de la persona o fuera de ella. Como podemos ver, Rotter ofrece un modelo donde la percepción de control aparece como variable central en la predicción de la conducta.

A partir de los estudios de Rotter que se referían en general al LC, Wallston et al. (1978) concretaron el tema en el área de la salud (ver apartado 1.2.3.2.). Más adelante, el mismo Wallston (1992), tras la revisión de sus trabajos recomienda el abandono del concepto de para dar paso al de *Competencia Personal*, constructo que integra el concepto de *Control Percibido* y el de *Autoeficacia* (conceptos que se expondrán más adelante en este capítulo).

El segundo paradigma importante surge en la década de los 70, donde Seligman, con su *Teoría de la Indefensión Aprendida*, subraya la importancia del control, objetivo



en su primera formulación, y percibido en la segunda, sobre la conducta y los resultados de la misma (Seligman, 1975). Sus trabajos originales se obtuvieron en el laboratorio con animales, concretamente con perros, observando que sometiendo repetidamente a éstos a condiciones donde no había contingencia entre sus acciones y los resultados, desarrollaban respuestas de indefensión (es decir, ya no intentaban hacer nada aunque pudieran). Posteriormente se aplicó este paradigma a humanos, planteando que las personas desarrollan estados anímicos depresivos cuando experimentan una ausencia de contingencia entre lo que ellos hacen para controlar y el resultado que obtienen. En esos casos se observa una falta de habilidad para poner en marcha mecanismos de control para obtener resultados favorables o evitar resultados negativos aunque la situación sea objetivamente controlable.

Seligman propuso el concepto de *Indefensión Aprendida* como el resultado de repetidos fracasos en el intento de obtener control sobre una situación. En la misma década y desde el Socio-Cognitismo, el control está presente en dos de las tres dimensiones propuestas por Weiner (1979) en su *Teoría de la Atribución*, que contemplaba el *lugar de control* (interno-externo) y la *posibilidad de control* (controlable-incontrolable).

El tercer paradigma surgió en los años 80 con la *Teoría del Aprendizaje Social* de Bandura (1977) que se centra en un componente concreto del control: la *Autoeficacia* (en adelante AE), que se refiere a la creencia personal del individuo de que posee la habilidad necesaria para realizar una determinada acción. La AE (p. e. “yo puedo hacer esta acción”) combinada con los *juicios de expectativas* (p. e. “yo espero que esta acción me proporcione un resultado determinado”) compone lo que se denominaría la *Percepción de Control* (en adelante PC). Posteriormente, Bandura cambia el nombre de su Teoría del Aprendizaje Social, por el de *Teoría Cognitivo-Social*. En esta última formulación teórica es donde la PC adquiere más importancia (Bandura, 1986). La AE se considera un elemento fundamental ya que, en una situación objetivamente controlable, si la persona cree tener las habilidades para controlar, las pondrá en marcha, si no cree tenerlas no lo hará, aunque sea capaz de hacerlo.

Finalmente, el cuarto paradigma importante es el que se refiere a *las Teorías Psicosociales de Afrontamiento* ante situaciones estresantes. Como pionero en el tema, podemos mencionar a Folkman (1984) que formuló que la percepción de control puede influir en la evaluación primaria de la situación (la visión o la interpretación de la situación en cuanto a gravedad de amenaza o pérdida) y que es fundamental para la evaluación secundaria (la de los recursos y opciones de afrontamiento). También podemos mencionar el *Modelo Cognitivo de Adaptación* de Taylor (1983) que propone que la adaptación a un hecho traumático incluye tres aspectos: la búsqueda de un significado, el restablecimiento del control y el restablecimiento de la autoestima. Cuando la persona se enfrenta a una situación traumática puede disminuir su PC al no poder ejercer ese control o no poder evitar el resultado negativo. La PC y su puesta en marcha es importante para que la persona pueda afrontar la situación y experimentar menos síntomas de depresión o ansiedad.

Como podemos ver, el concepto de la *Percepción del Control* y sus implicaciones en la conducta y la salud de los individuos, parece ofrecer posibilidades más amplias que las que ha proporcionado el mero establecimiento de contingencias entre conducta propia y resultados, inherente al uso del concepto de LC (Fernández et. al. 1998).

Sin embargo, esa riqueza de posibilidades que ofrece el estudio del control ha determinado también el desarrollo de multitud de formulaciones teóricas sobre el tema y de líneas de trabajo más o menos interrelacionadas, que se sustentan en un amplio espectro de conceptos aparentemente sinónimos, pero de difícil integración. Y ello no sólo por las diferencias más o menos importantes que se dan entre esos distintos constructos, sino también porque las investigaciones que les proporcionan apoyo empírico han arrojado resultados dispersos y dispares, que dan origen, en conjunto, a una perspectiva poco consistente (Fernández et al., 1998).

Este argumento también está apoyado por el estudio de revisión de Skinner (1996), que encontró cierto “*desorden*” en la utilización de los diferentes constructos que se incluyen en el ámbito del control. En primer lugar, encontró constructos que utilizaban explícitamente el término control (como es el caso del LC, control

personal, ilusión de control) y otros que aludían a él implícitamente (como p. e. la autoeficacia, la competencia percibida, o la competencia personal). En segundo lugar, observó que el mismo constructo se nombraba de distintas formas, dificultando la integración de los resultados de investigación. Y en tercer lugar, encontró la situación contraria; es decir, que el mismo término designaba constructos diferentes, llevando, por tanto, a conclusiones erróneas sobre los resultados globales de la investigación. Desarrollaremos a continuación la formulación de Skinner (1996), pues consideramos que constituye la principal base para entender el modelo integrador que propondremos en el apartado 1.3.2.

La autora (Skinner, 1996) expone que la confusión es mayor, si cabe, en el área que nos ocupa, la del estudio de los efectos del control sobre la adaptación a situaciones estresantes, como pueden ser las relacionadas con la pérdida de la salud. En ésta, no existe un acuerdo total sobre qué tipos de control son o no son beneficiosos o, incluso, si en determinadas situaciones es útil la percepción de control. Quizás esta afirmación sea excesiva por cuanto implícitamente se está haciendo referencia al control ejercido por el individuo, y es sabido que en situaciones de enfermedad, la creencia en el control ejercido por otros puede resultar igualmente beneficiosa, sobre todo si no existen oportunidades objetivas para el control personal (Wallston y Wallston, 1982; Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987). Este panorama muestra la dificultad, por un lado, del análisis en el área del control y, por otro, de la toma de decisión sobre los constructos a incluir en un estudio dado (Skinner, 1996).

El hecho es que, muchas veces, no se especifica el constructo que se está utilizando, sino que se identifica con el término genérico de percepción de control a un constructo multidimensional, empleado de forma diferente en función de la aproximación teórica desde la que se trabaja. Sería por tanto conveniente especificar claramente el término y su origen evitando generalizaciones excesivas. En este sentido se ha pronunciado Skinner (1996) al plantear la necesidad de que, dados los múltiples y, en algunos casos, complejos aspectos del control, se intente definirlo en términos lo más operativos posibles.

En este sentido, algunos autores han intentado introducir criterios de clasificación de los diferentes constructos de control (Skinner, 1996), o especificar las dimensiones que lo integran (Thompson y Collins, 1995), o se han preguntado si existe un único constructo general de percepción de control o se pueden hacer distinciones de carácter teórico (Ferguson, Dodds y Flannigan, 1994).

Skinner propone unos interesantes criterios generales que permiten clasificar los diferentes constructos de control (Skinner, 1996):

- a) *Control Objetivo, Control Subjetivo y Experiencias de Control;*
- b) *Agentes, Medios y Fines de Control;*
- c) *Control Retrospectivo versus Prospectivo;*
- d) *Control Específico versus Control General.*

Las dos primeras serían las categorías principales y permitirían la mejor clasificación de los constructos. Según Skinner, la distinción más importante en la bibliografía sobre el control la ofrecería la diferenciación entre *Control Objetivo* (condiciones objetivas y reales de control presentes en la situación) y *Control Subjetivo* (creencias individuales sobre la posibilidad de control), debido a que esta diferenciación es fundamental para apoyar el argumento de que la mayor influencia sobre la emoción y la conducta la ejerce la percepción de control, independientemente de las condiciones reales del mismo. Con esto enlaza el concepto de *Ilusión de Control* que se dará cuando el sujeto manifieste una elevada percepción de control en situaciones que realmente son incontrolables. En el caso contrario se situaría el fenómeno de la *Indefensión Aprendida*, con sus déficits cognitivos, motivacionales y conductuales resultado de la exposición prolongada a situaciones incontrolables, que genera una baja percepción de control en situaciones que, efectivamente, se podrían controlar.

Por otro lado, y en relación a nuestro trabajo, resulta especialmente interesante la distinción entre *Agente* (individuo o individuos que ejercen el control), *Medios* (formas a través de las cuales se ejerce el control) y *Fines* (resultados deseados o no sobre los cuales se ejerce el control). La autora clasifica los diferentes constructos de control, tanto objetivo como subjetivo, en tres apartados utilizando las relaciones que

establece entre *Medios-Fines*, *Agentes-Medios* y *Agentes-Fines*. En el caso de *Medios-Fines*, se hace referencia a la conexión entre diferentes causas potenciales y los resultados (en este apartado incluye el LC). En el caso de *Agentes-Medios*, hace referencia al grado en que un medio potencial está disponible para un agente (aquí incluye la autoeficacia en su formulación original). Y el caso de *Agentes-Fines*, hace referencia a la relación entre el agente y los resultados (incluye la AE) en su formulación posterior).

Skinner afirma que esta última relación hace referencia a la “definición prototipo” del *Control* o *Control Personal*: “[...] grado en que un agente puede intencionalmente producir resultados deseados y prevenir los no deseados”. En este sentido, afirma que cualquier operacionalización sobre el control debe incluir dos elementos: *competencia* (capacidad/habilidad personal) y *contingencia* (asociación acciones-resultados). Asimismo, comenta que, dada la importancia de estos dos elementos, resulta sorprendente la poca atención que han recibido conjuntamente en los cuatro grandes acercamientos teóricos dominantes en el estudio del control: el *LC*, la *Atribución*, la *Indefensión Aprendida* y la *AE*. La mayoría de las veces se trabaja sólo con uno de los dos, a pesar de que cuando se han combinado, se ha aumentado la capacidad predictiva del control sobre la conducta o sus resultados (Skinner, 1996).

Una segunda formulación que complementa a la de Skinner, y que trataremos de integrar en el modelo que proponemos en el apartado 1.3.2. es la de Thompson y Collins (1995), quienes en términos similares a Skinner (1996) realizan una revisión teórica del constructo de PC, y le asignan tres grandes características: multidimensionalidad, procesos de control primario y secundario, control central y control relacionado con las consecuencias.

La primera característica (la *multidimensionalidad*) es importante en tanto que explica la complejidad de la PC. Como ya se ha visto anteriormente, después de que Rotter (1966) propusiera el concepto de LC como unidimensional, se llevaron a cabo otros estudios que mostraron que en el control se distinguían varios componentes o

creencias que podían agruparse principalmente en creencias de *Control Interno* y de *Control Externo*.

La segunda característica, aportada por Rothbaum, Weisz y Snyder (1982), se refiere a los procesos de *Control Primario* y *Control Secundario*. El proceso de *Control Primario* es la creencia de que una acción puede tener un efecto directo sobre una situación, y sería algo similar al *LC Interno*. El proceso del *Control Secundario* implica la aceptación de la pérdida de control sobre la situación a partir de la cual pueden derivarse varias opciones, que en muchos casos nos recuerdan a la división que Levenson propuso del *LC Externo* (Levenson, 1973). En primer lugar, los autores hablan de *Control Vicario* para referirse a la cesión del control a otros por parte de la persona para conseguir ayuda, lo cual sería similar al concepto de *LC de Otros Poderosos* propuesto por Levenson (1973). En segundo lugar, estaría la *Ilusión de Control*, o el creer en la suerte o el destino como responsables o determinantes de los acontecimientos, equivalente a lo que Levenson llamó *LC de Azar*. En tercer lugar, los autores proponen un tipo de control que definen como la reinterpretación de las situaciones para darle un sentido más aceptable, y que llaman *Interpretación de Control*. Por último, la predicción de control se daría cuando la persona intenta predecir lo que sucederá, con el fin de hacerlo más aceptable cuando ocurra. De todo ello se derivaría que, si bien, *a priori* es adecuado tener un proceso de *Control Primario*, en situaciones objetivamente incontrolables es más adecuado tener un proceso de *Control Secundario* (Thompson y Collins, 1995).

Por último, la tercera característica de la PC haría referencia a la distinción entre el *Control Central* y el *Control relacionado con la Consecuencia*. El primero se refiere a la creencia de que la situación puede eliminarse o minimizarse por sí misma (p. e. el cáncer se cura). En esta línea estaría el concepto de *Expectativa de Resultado* de una situación propuesta por Bandura (1986). Y el segundo, se basa en la creencia de que uno puede influir sobre el impacto que puede producir determinada situación. Por ejemplo, una persona con cáncer puede creer que no puede curarse, pero que haciendo homeopatía se minimizará la enfermedad. Aquí podrían incluirse las expectativas de resultado de la acción. Si bien los estudios no son concluyentes en cuanto a las relaciones entre el *Control Central* y la adaptación a problemas crónicos,

la creencia en el *Control relacionado con la Consecuencia* ha mostrado relaciones significativas con variables de ajuste psicológico (Bandura, 1986; Thompson y Collins, 1995).

Otros autores mencionan dos tradiciones en la investigación sobre el control y los procesos mencionados en el área de la salud y la enfermedad (Reich, Erdal y Zautra, 1997). La primera de ellas, se preocupa del estudio de las creencias acerca las causas de los acontecimientos (tradicción basada en los acontecimientos) e incluye atribuciones de causas y de responsabilidad. La segunda, (llamada tradición de la AE), centra la investigación en las creencias individuales acerca de la capacidad para realizar una determinada tarea, y su grado de confianza en ejecutarla con éxito. Cada aproximación incluye percepciones y creencias de control de formas diferentes, pero todos las consideran como constructos centrales en la predicción de conductas de salud. Por ello, los autores sugieren que la investigación actual se dirija hacia el estudio de las interrelaciones entre estos constructos y los procesos de salud y de enfermedad.

En resumen, en este punto queremos llamar la atención sobre la gran diversidad teórica existente en relación al constructo de control y exponer los trabajos más representativos que han intentado establecer unas guías para su clasificación y estudio desde un punto de vista exclusivamente teórico. De ello se desprende la utilidad de trabajar con diferentes constructos de forma simultánea para poder comparar su contribución a la predicción del comportamiento por separado y conjuntamente (Skinner, 1992,1996; Reich et al., 1997). Por lo tanto, dado que *control* es un término que engloba muchos constructos, aspectos y situaciones que ocasionalmente son contradictorios o insuficientes en apariencia, estimamos más adecuado integrarlos dentro de un marco más global que denominaremos *Psicología del Control* (ver Fernández Castro et al., 1998), donde pretendemos exponer un esquema que representa nuestra propuesta integradora de los diferentes constructos que conllevan el control, y que, a la vez, intenta ofrecer un heurístico para trabajar en este campo.

### **1.3.2. Una propuesta integradora: la Psicología del Control**

La *Psicología del Control*, la podemos entender como el conjunto de relaciones derivadas del control conductual, es decir de la existencia de contingencias entre la conducta y la obtención de determinados resultados. A partir de este planteamiento general se pueden integrar los otros constructos a los que nos hemos referido previamente. El *Locus de Control* (interno-externo), el *Control Cognitivo*, el *Control Primario y Secundario*, el *Control Vicario*, el *Control Interpretativo*, el *Control Ilusorio*, la *Percepción de Control*, las *Expectativas de Resultado*, la *Autoeficacia*, el *Control Percibido*, y la *Competencia Personal*.

*En la figura 1.2. (pág. 64) (Blasco, 1998), presentamos una propuesta integradora de la Psicología del Control. A continuación describiremos cada uno de los componentes del esquema, añadiendo cuando sea necesario los términos o conceptos relacionados.*



### **1.3.2.1. El Control Objetivo**

El *Control Objetivo* (en adelante CO), está representado por el recuadro superior de la figura 1.2. y puede definirse, a partir de las aportaciones de Shapiro et al. (1996) y Skinner (1996), como la existencia de un agente (que puede ser un individuo o un grupo de individuos) capaz de poner en marcha unos medios (habilidades, acciones, recursos, cogniciones, etc.) que permiten la obtención de unos resultados (que pueden ser “buenos” o “malos”). Esto es CO porque es una posibilidad de ejercer control de la situación de forma real, aunque no siempre podamos identificarlo y medirlo con precisión. Es decir, en el laboratorio podemos conocer todas las variables (quién va a ser el agente, cuáles los medios y cuáles los resultados), pero en una situación natural puede ser difícil o incluso imposible. Por ejemplo, los efectos de un tratamiento sobre una enfermedad son estadísticos (relación medios-resultados) o puede que no sepamos quién es el agente que regula ese tratamiento aunque dicho tratamiento sea eficaz (por ejemplo, no sabemos qué cirujanos pueden hacer la operación que curará al individuo), o puede que sepamos qué agente y cómo puede lograr el resultado apetecido, pero es posible que no tengamos a ese agente (por ejemplo, porque no podemos pagar los servicios del cirujano capaz de llevar a cabo la operación).

Lo que diferencia nuestra aportación de la de los otros autores es que la mayoría de ellos acotan el control a aquellas situaciones en las que el agente es el propio individuo que emite el juicio de control (ver apartado 1.3.2.2.); mientras que nosotros también consideramos aquellos casos en los que el individuo no es quien ejerce el papel de agente.

En suma, el *Control* es una realidad objetiva que existe independientemente del sujeto y sobre la cuál éste emite un juicio o consideración respecto a cómo cree que es: si hay contingencia o no entre medios y resultados, si él es el agente o no, si existe o no un agente (que sería el caso del azar), y si los resultados son buenos o malos. Por eso, el *Control*, por sí solo no es un buen heurístico para la Psicología, puesto que es necesario integrar al sujeto en la situación. De ahí que hablemos de una

*Psicología del Control* que incluye lo *objetivo* (el control) y lo *subjetivo* (el sujeto y sus características).

### **1.3.2.2. El Control Subjetivo: el Sujeto**

La *Psicología del Control* incluye la dimensión objetiva, que sería el *Control* definido en el apartado anterior, pero también debe incluir la subjetiva, que hace referencia al sujeto y a sus características. Hay que integrar al sujeto en la situación pues no es concebible una *Psicología de Control* sin un sujeto sobre el que gravitar esa Psicología.

Concretamente, el aspecto que nos interesa del comportamiento del sujeto es el Juicio de Control (en adelante, JC); es decir, su opinión, parecer o dictamen sobre las relaciones entre agentes, medios y resultados (o fines), y que puede coincidir o no con el control objetivo. Ahora bien, este JC está modulado por una serie de características como las creencias, la información o las experiencias previas que, a su vez, pueden estar moduladas por el estado de ánimo del individuo en el momento en que emite el juicio de control. Este JC constituirá algo importante para el individuo en función de la motivación que tenga respecto a esa situación sobre la cual juzga el control, y en función de las consecuencias que esa situación puede tener para él. Dichas consecuencias pueden dar lugar a cambios en el futuro, tanto sobre la motivación como sobre el JC, puesto que en este caso asumen el papel de experiencias previas. Todo ello constituye una unidad en la que los elementos se interrelacionan de forma constante y continua.

No obstante, lo importante es tener claro los siguientes aspectos: a) la situación sobre la que se está valorando el control; b) la motivación del sujeto hacia esa situación; c) el juicio de control, y d) las consecuencias de la situación y del JC, aunque, como acabamos de señalar, éstas quizá actúen más como un modulador futuro que como un elemento activo en el momento actual.

### **1.3.2.2.1. La Motivación**

Con este término queremos recoger el papel que juega en la *Psicología del Control* el grado de importancia que tiene la situación para el sujeto (lo que Thompson et al. (1998) llaman “intencionalidad”), y las consecuencias que pueden derivarse de la misma. Comentaremos la motivación por controlar a partir de la interpretación que el sujeto extrae de la situación y de las consecuencias que acarrea. En nuestra opinión esto es algo previo a la emisión de un JC o a una PC. Si la situación no es importante, posiblemente el JC es irrelevante (aunque pueda emitirse en forma de sentencia verbal) y las consecuencias de éste (si las hay), banales. Obviamente, pueden darse casos aberrantes en los que el sujeto no tenga motivación hacia una situación que es crucial para él y eso le lleve a emitir juicios de control erróneos que tengan consecuencias fatales (por ejemplo, dejar de hacer una conducta preventiva importante como vacunarse). En este caso, el problema no es el JC, sino la motivación. Quizá el caso más dramático de “no-motivación” sea la negación.

La *motivación* engloba muchos aspectos. Por ejemplo, las tipologías de personalidad “buscadora” y “evitadora”. Los sujetos de la primera de ellas tendrán una motivación muy específica ante una situación concreta: buscarán información o buscarán ejercer control; mientras que los sujetos “evitadores” no lo harán o lo harán en mucha menor medida. Para los primeros, el JC será un determinante importante de su bienestar, mientras que para los segundos adquirirá una importancia mucho menor.

Por último, no hay que confundir un juicio de no control (porque el individuo crea que todo está regulado por el destino, Dios o el azar) con una falta de motivación. Puede haber una alta motivación y un JC nulo. Son situaciones compatibles (p. e., me importa mucho mi enfermedad pero creo que no hay recursos contra ella) que dan lugar a consecuencias que pueden afectar al bienestar del sujeto de forma grave (p. e., pueden dar lugar a una depresión).

### **1.3.2.2.2. El Juicio de Control**

El Juicio de Control (JC), es la aseveración o dictamen que el sujeto realiza respecto al grado de contingencia que cree que existe (o percibe) entre los elementos del recuadro superior de la figura 1.2. (Control Objetivo) y la disponibilidad de los mismos. Es decir, es la opinión que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones o las de otros (esto es, entre el agente y los medios) y los resultados obtenidos.

El JC viene modulado por diferentes factores y no siempre guarda relación con la realidad objetiva o el *Control Objetivo*. Es un juicio que puede ser falso o ilusorio pero que, salvo algunas excepciones, constituye el aspecto principal para afrontar favorablemente el estrés (Fernández Castro et al., 1998). Posiblemente, un juicio de control no se puede valorar en una única aseveración (excepto quizá en situaciones muy concretas y muy simples en el laboratorio), a no ser que ésta recoja todos los “ingredientes” del control: el agente, el medio y los resultados. Es factible concebir que en una situación “natural” debe tenerse en cuenta una amplia combinación de posibilidades entre esos tres vectores. Por ejemplo, en cuidados paliativos puede haber diferentes resultados sobre los que valorar el control: dolor, disnea, movilidad, etc., y es posible que sobre cada uno de ellos puedan existir un control y un juicio de control distintos en cada caso, por lo que hablar de control en esta situación puede llevar a un abanico de situaciones susceptibles que puede llegar a ser harto compleja.

Ya hemos señalado que algunos autores hablan de *Percepción o Juicio de Control Primario* y *Secundario*. El *Primario* se refiere al control del hecho en sí y el *Secundario* se refiere al control de las consecuencias o efectos de la situación cuando ésta no puede controlarse. El *Primario*, en general implica acción y el *Secundario* implica aceptación (Skinner, 1996). En nuestro modelo, tal distinción no está contemplada, ya que considera al JC respecto a un evento que será primario o secundario si se le aplica ese criterio clasificatorio. Independientemente de ello, el JC puede ser positivo, es decir, se percibe control, con lo que hablaríamos de *Control Percibido*, o puede ser nulo, o lo que es lo mismo se percibe que no hay control (por

ejemplo, cuando se cree que las cosas son producto del azar o que no existe ningún agente que las controle).

Por lo tanto, creemos que podemos identificar el *Control Percibido* como aquella subcategoría de juicios de control en la que el resultado es que el sujeto considera que existe un cierto grado de control de la situación, por parte de un agente que puede ser él mismo u otro, e independientemente de que dicha situación pueda aplicársele la terminología de "primaria" o "secundaria". Lo opuesto sería, por ejemplo, la *Indefensión Aprendida*: es un juicio en el que el sujeto establece que no se puede ejercer control sobre la situación. Un caso que, además, conlleva un componente ilusorio, puesto que el sujeto sí puede realmente ejercer control sobre la situación (más adelante nos referiremos ampliamente a la Ilusión de Control en el apartado 1.3.2.2.2.2.).

#### **1.3.2.2.1. La Autoeficacia**

En principio, la *Autoeficacia* (AE) no equivaldría a un JC, sino tan sólo a una parte del mismo, ya que, estrictamente hablando, la AE es el juicio que establece el sujeto sobre el grado de contingencia entre él como agente y unas acciones (medios) concretas. Es decir, es la percepción subjetiva de que se poseen las capacidades o habilidades para realizar unas acciones determinadas. Lógicamente, estas acciones son las que el sujeto juzga como necesarias para conseguir unos resultados determinados, pero cuando hablamos de AE sólo nos referimos a las capacidades personales para desarrollar determinadas acciones; es decir, donde el agente y el sujeto son el mismo, y no se atiende a las expectativas de resultados.

En este sentido, la AE es sólo un juicio sobre la parte izquierda del cuadro de *Control* de la figura 1.2. Para ser un JC completo debería acompañarse de una valoración o juicio de la parte derecha de la mencionada figura o, lo que es lo mismo, de la expectativa de resultados. Ocurre que, en muchos casos, la situación sobre la que se valora la AE asume implícitamente una valoración "positiva" de las expectativas de resultados (es decir, que la acción sobre la que se valora la AE lleva, efectivamente, a

lograr un resultado concreto) por lo que, en estas situaciones, la AE equivaldría a un JC en el que el agente es el propio sujeto.

#### **1.3.2.2.2. La Ilusión de Control**

La *Ilusión de Control* (en adelante, IC) puede coincidir o no con el *Control Objetivo*. Cuando no se da esta coincidencia, es decir, cuando la persona percibe control y en realidad éste no está disponible, se habla de IC, que en general se refiere a percibir más control del que realmente existe. Cuando ocurre lo contrario, es decir, la persona percibe ausencia de control o menos control del que realmente se puede ejercer, se habla de *Indefensión Aprendida*.

Resumiendo, la IC es la discrepancia entre el control “real” (cuadro superior del esquema de Psicología del Control) y el JC. Los autores suelen hablar de IC en aquellos casos en los que la diferencia es “positiva” (es decir, que el sujeto cree que hay más control del que en realidad existe y, en particular, que es él quien ejerce el papel de agente), pero, en nuestra figura, consideramos que la IC se puede dar tanto por sobreestimación como por subestimación, e independientemente del agente y de los medios. Así pues, la *Indefensión Aprendida* es un caso particular de la IC. Thompson y sus colaboradores, (1998) han desarrollado una interesante *Psicología de la Ilusión de Control* en la que, por otra parte, muestran que la IC no llega a ser una alucinación. Es decir, parece existir un sesgo hacia una ilusión positiva, pero dentro de unos límites: cuando la realidad es aplastante (lo que las autoras llaman “intrusión de la realidad”) la IC no se da.

#### **1.3.2.2.3. Factores que influyen en el Juicio de Control**

El JC está modulado por una serie de características o factores. Podríamos destacar como uno de los principales las “*Creencias*” (que las entenderemos como las tendencias a decantar los juicios hacia uno u otro sentido) dentro de las cuales colocaríamos el LC y la CPP. Junto a ellos cabría posicionar también el *Estilo Atribucional* (en adelante EA).

Por otro lado, y al margen de las creencias, está el *Estado de Ánimo*, como un elemento que influye de manera antecedente sobre el JC.

#### **1.3.2.2.3.1. El Locus de Control**

Como ya se ha dicho anteriormente, el *LC* y la *Competencia Personal Percibida* son las creencias u opiniones generales que tiene el sujeto sobre las relaciones entre agentes y resultados en situaciones inespecíficas o ambiguas, y que modulan de forma importante el JC. El *LC* hace referencia al “lugar” en que se sitúa la capacidad de controlar. Esta capacidad puede ubicarse en el propio sujeto esto es el *LC Interno* (se refiere a la tendencia personal a atribuir contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados), o fuera de él esto es el *LC Externo* (se refiere a la tendencia del individuo a considerar que los eventos sólo dependen parcialmente de la propia conducta y en mayor medida de las conductas de otras personas o del azar) (Fernández Castro et al., 1998).

Por ejemplo, un individuo con *LC Interno* tenderá a establecer juicios de control en los que él mismo se considerará como agente, y un individuo con *LC Externo* tenderá a establecer juicios de control en los que considerará como agentes a otras personas o inclusive al azar, al destino o a Dios. El *LC Externo* no implica necesariamente una falta de percepción de control, ya que el control puede situarse en otras personas, como en el caso en que el agente y el sujeto son diferentes pero la posibilidad de control se da, y la creencia sobre el mismo también. Otro caso más dudoso, es cuando se percibe que no existe un agente concreto para controlar y los resultados se atribuyen al azar, la suerte, la fatalidad, el destino o Dios. Pero incluso en este caso puede haber personas que creen o tienen fe en que las cosas están controladas por algo superior y por lo tanto hay percepción de control. Otras personas, en cambio, en la misma circunstancia podrían percibir falta de control, pues consideran que el destino, la suerte o el azar no están controlados por un ente superior.

### **1.3.2.2.3.2. La Competencia Personal Percibida**

La *Competencia Personal Percibida* (en adelante, CPP) es un concepto inespecífico, es decir, es un constructo más general que la AE y que las Expectativas de Resultados, puesto que se refiere a la creencia acerca del control que un sujeto posee sobre el entorno a través de su comportamiento. La CPP se diferencia de las Expectativas Específicas en dos matices: 1) es transituacional y 2) es transconductual. Una característica fundamental de la CPP es que refleja dos elementos distintos que se yuxtaponen: 1) el control global que el sujeto cree que es capaz de ejercer sobre el conjunto de sus propias conductas, y 2) el control global que el individuo cree que sus conductas ejercen sobre estímulos del entorno (Fernández Castro et al., 1998).

Si un individuo con LC Interno tiene, a la vez, una CPP alta, probablemente establecerá juicios de control positivos. Las investigaciones muestran que la CPP y el LC son constructos relacionados en la medida que ambos comparten un componente sobre la expectativa generalizada de control sobre estímulos (resultados); sin embargo, el LC no incluye el matiz sobre el control generalizado que ejerce el sujeto sobre su conducta, a diferencia de la CPP. Dicho de otra forma, una orientación hacia la internalidad supone creer que los sucesos experimentados son consecuencia de la propia conducta del individuo pero la internalidad no implica necesariamente controlabilidad. Es decir, un individuo puede creer que en general, los resultados dependen de las conductas efectuadas, pero puede sentirse, en general, poco competente para llevarlas a cabo. Esto podría explicar por qué la CPP se ha mostrado en algunos casos como mejor predictora del estrés o la inadaptación que el LC.

Según Wallston (1992), una alta puntuación en la dimensión internalidad del constructo LC sólo determina la ejecución de las conductas en aquellos sujetos en los que las consecuencias de las mismas son evaluadas como altamente relevantes. Esto explicaría por qué se han hallado pocas relaciones significativas entre el LC y las conductas de salud en aquellas investigaciones en que no se ha cuantificado el valor del incentivo. Para una exposición sobre los puntos en común entre el LC y la CPP, puede consultarse Fernández Castro et al. (1998).



Igualmente, el estilo atribucional, entendido como estabilidad y globalidad a la hora de establecer la causa de los eventos, juega un papel en la modulación de los JC. Así, Ramírez et al. (1992) han demostrado que los individuos *con Atribuciones Internas* y globales con respecto de sucesos negativos experimentan un efecto de inmunización ante la *Indefensión Aprendida* de menor magnitud que los individuos con *Atribuciones Externas* y específicas. Quedan por esclarecer los puntos en común y las diferencias entre el EA, la CPP y el LC, y hasta qué punto las atribuciones pueden considerarse o no como creencias. Ferguson et al. (1994) sostienen que las atribuciones son específicas de un contexto y de unas conductas concretas, mientras que las creencias son valoraciones genéricas e independientes del contexto.

Las creencias pueden ser unos determinantes importantes ante situaciones nuevas o ambiguas, pero cuanto menos novedosa y más concreta sea una situación, mayor papel modulador jugarán las experiencias previas en esa situación y en situaciones similares, y la información (lo que equivaldría, hasta cierto punto, a la “intrusión de realidad” propuesta por Thompson et al., 1998). Un ejemplo de ello constituiría el efecto de inmunización contra la *Indefensión Aprendida* en el que se observa que el contacto con eventos aversivos controlables reduce la magnitud de la *Indefensión Aprendida* posterior.

#### **1.3.2.2.3.3. El Estado de Ánimo**

Por último, el *Estado de Ánimo* puede actuar como un modulador de casi todo lo anterior a través de varias vías:

- 1) Creando sesgos en el recuerdo de experiencias previas (consúltense Fernández Castro et al. 1997, para una revisión) y haciendo que no se recuerden las que son verdaderamente determinantes;
- 2) de igual modo, sesgando la información “objetiva” que se reciba (los trabajos clásicos de Alloy y Abramson (1979) con depresivos también pueden ser una ilustración de ello);

- 3) afectando directamente al JC, disminuyendo la AE (ver, para una pequeña revisión, Blasco et al., 1997).

En cambio, el *Estado de Ánimo* no afectaría a las creencias porque se supone que éstas son estables o que no cambian de forma rápida a lo largo del tiempo.

#### **1.3.2.2.4. Las Consecuencias del Control**

Las *Consecuencias del Control* pueden venir causadas por tres fuentes:

- 1) El propio *Control Objetivo*. Así, situaciones de incontabilidad pueden dar lugar a juicios de indefensión o a conductas supersticiosas, mientras que un tratamiento de inmunización, como ya se ha señalado, puede prevenir la aparición de la indefensión aprendida. Por el contrario, el hecho de llevar a cabo el control puede producir efectos colaterales indeseables resultado del estrés vivido, como en el caso de los monos de Brady (Maser y Seligman, 1983).
- 2) El mismo *JC* ya que, a través de “ilusiones” o de juicios de control más o menos certeros, determina efectos conductuales (persistencia o no de la conducta, adhesión o no a un tratamiento) y/o emocionales (estrés, depresión, etc.). Parece, además, que es estadísticamente normal que la gente tenga juicios ilusorios y que es adaptativo tenerlos, pues producen mayor bienestar y mayor eficacia objetiva (Shapiro et al., 1996; Thompson y Collins, 1995).
- 3) La interacción entre el *Control* y el *JC*: juzgar que es controlable lo incontable y actuar de acuerdo a este juicio lleva a situaciones desadaptativas (uso de estrategias de afrontamiento o de conductas inadecuadas) con sus correspondientes afectos secundarios nocivos: estrés, depresión, etc.

Un posible resumen tentativo de las consecuencias de esta interacción, aplicada al ámbito de la *Psicología de la Salud* y entendiendo como consecuencias el tipo de *Estado de Ánimo* y la puesta en práctica de un *Afrontamiento* adecuado, quedaría reflejado en la tabla siguiente:

*Tabla 1.7. Consecuencias del Control en el Estado de Ánimo y en el Afrontamiento*

| <b>Control Objetivo</b> | <b>Juicio de Control</b> | <b>Estado de Animo</b> | <b>Afrontamiento Adecuado</b> |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| sí                      | positivo                 | bueno                  | sí                            |
| sí                      | nulo                     | malo                   | no                            |
| no                      | positivo                 | bueno                  | no                            |
| no                      | nulo                     | malo                   | no                            |

#### **1.4. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES**

Como ya se ha indicado en el apartado anterior, consideramos al LC como un constructo más dentro de la *Psicología del Control*. A pesar de la amplia bibliografía que ha trabajado con esta variable, y que hemos podido constatar a lo largo de los apartados 1.1. y 1.2., el LC es un constructo con valor predictivo "extensivo" pero no "intensivo", razón por la cual nos planteamos si sus posibilidades de utilización dentro del campo de la Psicología de la Salud han llegado a su límite y si debería ser sustituido por otras variables con capacidad predictiva más "intensa".

En este sentido, hemos seguido las ideas de Wallston (1992), quien, en un artículo brillante y autocrítico en el que revisa la investigación realizada durante tres décadas con las escalas de LC de Salud, analiza las razones que pueden permitir comprender la escasa capacidad predictiva de este constructo. El autor se plantea cuáles son las variables relevantes si el LC no predice las conductas de salud. A partir de una reflexión sobre los datos de sus últimos trabajos propone que conviene evaluar la CPP y también la AE y las *Expectativas de Resultados Específicas*, ya que la CPP, si bien es también una variable de carácter general, que incluye en cierto modo la AE y a las *Expectativas de Resultados*, predice mejor las conductas de salud que el LC de Salud. Wallston propone que estas cuatro variables formarían parte de un constructo más amplio que es el *Control Percibido o Control Personal*. Dentro de este marco, el

papel del LC de Salud se redefine y no deberá contemplarse como una variable predictora de las conductas de salud específicas, sino más bien como una variable moduladora de los efectos de las demás variables. Dado que estamos de acuerdo con este autor, estas consideraciones se han integrado en nuestro modelo de *Psicología del Control*, tal y como se describe en la figura 1.2. del apartado anterior.

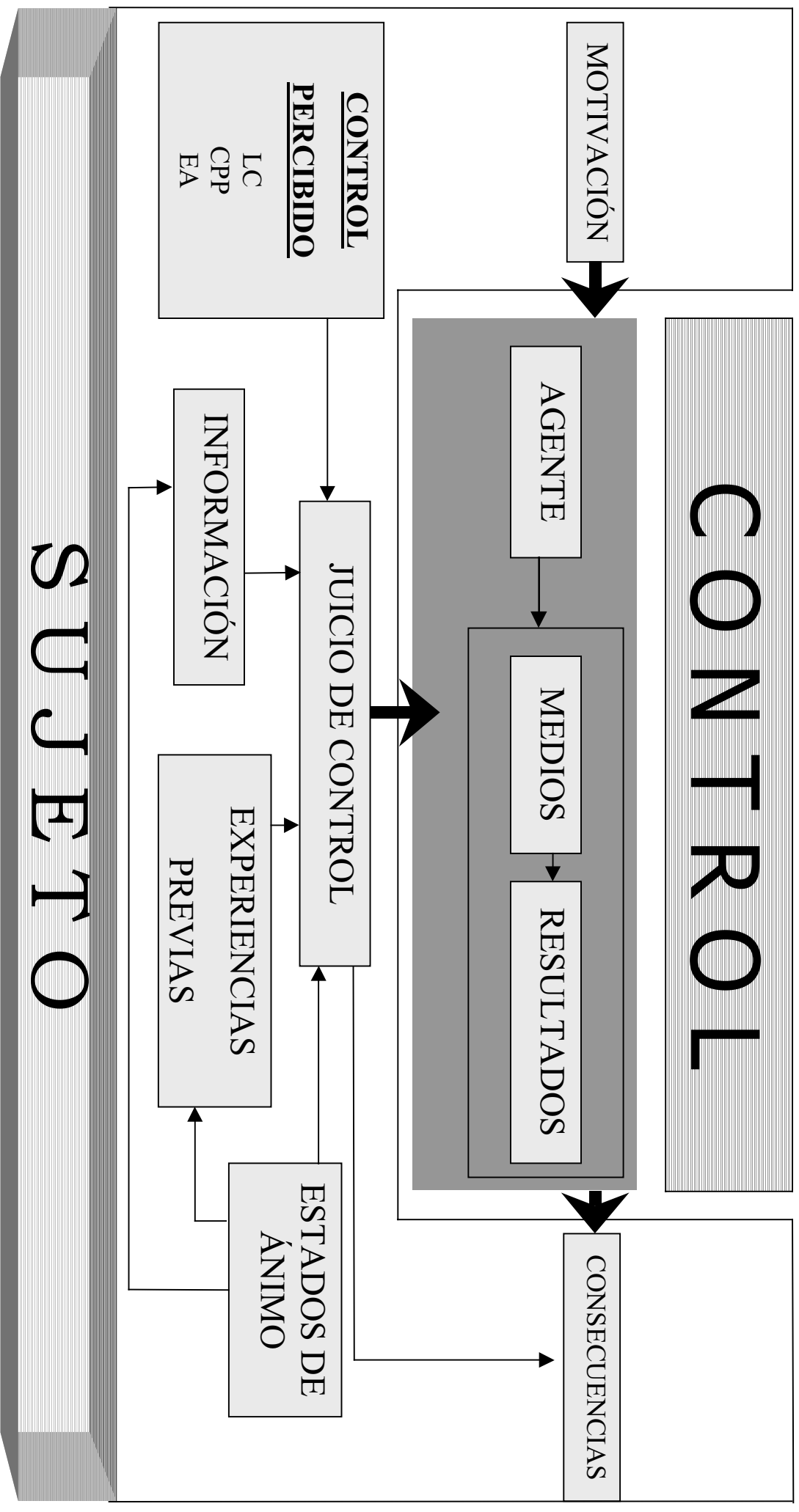
Es más, consideramos que nuestro modelo es un heurístico que permite organizar el estudio de los factores que regulan los efectos que la experiencia de control ejerce en los individuos y, a la vez, superar aspectos problemáticos en la valoración del control como son la existencia de diferentes definiciones o la cuestión de si para que exista control el agente debe ser, o no, el propio sujeto.

A partir de ahí, consideramos que lo esencial para entender el papel del control en la conducta y las emociones es el grado con el que el sujeto considera que existe control sobre la situación. Por lo tanto, creemos que el concepto crucial es el JC, ya que va a permitir superar las limitaciones que ha conllevado en el campo de la *Psicología de la Salud* tanto el uso del constructo LC como los diferentes conceptos relativos al control y aportados por otros enfoques. Creemos que nuestro planteamiento permitirá obtener resultados más claros.

A fin de comprobar la viabilidad de esta suposición, es necesario que revisemos las investigaciones existentes en torno al control dentro del ámbito de la *Psicología de la Salud* para valorar hasta qué punto el modelo es pertinente y es más adecuado que los enfoques que se han basado exclusivamente en el LC o en constructos derivados de otras orientaciones. Dado que la revisión de dicha bibliografía es una tarea muy amplia y que nuestro estudio se va a centrar en pacientes con cáncer, nos ceñiremos a las investigaciones realizadas en el ámbito de la *Psicología Oncológica*, sobreentendiéndose que ello nos ubica dentro de la *Psicología de la Salud* y que las conclusiones que podamos extraer pueden ser útiles también para otras enfermedades. Por lo tanto, en el capítulo siguiente abordaremos esta tarea.

Figura 1.2. Propuesta integradora de la Psicología del Control (Blasco, 1998)

# PSICOLOGÍA DEL CONTROL



## **2. LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL Y LA PSICOLOGÍA ONCOLÓGICA**

En estas tres últimas décadas, los psicólogos han hecho una gran investigación para conocer cómo los individuos consiguen y mantienen un sentido de control en sus vidas. Existe un gran acuerdo entre clínicos e investigadores respecto de que el control es una de las variables críticas en la salud psicológica y el bienestar del individuo (Beck y Weishaar, 1989; Seligman, 1991; Taylor y Brown, 1988, 1994).

Los beneficios de tener control en el estado de ánimo y la salud han sido demostrados en todas las etapas de la vida humana (Shapiro et al., 1996) y los fundamentos de esta afirmación pueden encontrarse en tres argumentos principales:

- a) la necesidad de control y la aversión de la incontrolabilidad percibida son los mayores motivadores de la conducta humana (Averill, 1973; Lefocurt, 1973),
- b) el ejercicio del control, si es factible, es a menudo saludable y adaptativo (Thompson, 1981), y, c) la exposición a situaciones incontrolables tiene efectos deteriorantes (Seligman, 1975); es decir, los fallos al ejercer control en una situación reducen posteriormente la motivación para aplicar control.

Por otra parte, un apoyo complementario a lo anterior puede encontrarse en el hecho de que la pérdida de control es un tema central de diversas áreas clínicas: los trastornos relacionados con la ansiedad y el estrés (Shapiro, 1990), la depresión (Seligman, 1975), las adicciones al alcohol y a las drogas (Nathan, 1986; Marlatt, 1983), o los trastornos en la alimentación (Shapiro et al., 1993). La investigación muestra que se pueden desarrollar perfiles de control específicos para pacientes diagnosticados de ataques de pánico, depresión o ansiedad generalizada (Shapiro, 1994b; Shapiro et al., 1993).

Por todo ello, el paradigma psicológico dominante relativo al control puede ser resumido como sigue: a) tener control instrumental activo es positivo, y b) cuanto

más control se tiene (o se cree que se tiene), mejor (Evans et al., 1993; Thompson, 1981). Sin embargo, hay que tener cautela a la hora de valorar los beneficios del control. Así, Averill (1973), apuntaba que incluso en estudios que mostraban una disminución en el estrés de la mayoría de participantes que tenían control, una quinta parte de los mismos mostraba el patrón de respuesta opuesto. Por tanto, puede darse el caso de que la relación entre el control y la salud no sea directa, por lo que es pertinente hacer un repaso crítico de los resultados obtenidos al analizar situaciones de estrés y, de forma más general, en momentos en los que éste se manifiesta de forma importante, como es el caso de los individuos que padecen una enfermedad como el cáncer.

Por dichas razones, en este apartado intentaremos analizar las relaciones entre la Psicología de Control y la Salud en pacientes con cáncer y, a la vez, intentaremos aclarar si tener control es positivo o no. Para ello, clasificaremos las relaciones de control respecto a cuatro posibles resultados relevantes para la salud: la calidad de vida, la adaptación a la enfermedad, las conductas preventivas y la supervivencia.

### **2.1. LA CALIDAD DE VIDA**

Los cuatro estudios que hemos localizado acerca de la relación entre la calidad de vida y el control podemos dividirlos en dos grupos. Por un lado, aquéllos que han intentado relacionar el locus de control (o alguna medida derivada del mismo) con indicadores de calidad de vida (De Valck y Vinck, 1996; Font, 1989; Ruiz, Bermúdez, Olivares y Garde, 1999), y, por otro, un estudio que abordaba la relación entre el control y calidad de vida desde la perspectiva de las estrategias de afrontamiento (Ferrero, Barreto y Toledo, 1994).

Los resultados en torno al LC y su relación con la Calidad de Vida (en adelante, CV) no son excesivamente claros. Si bien Font (1989), que evaluó a 220 pacientes con cáncer de mama, encontró que las pacientes con enfermedad avanzada manifestaban una menor puntuación en la escala de LCE (derivada de la original MHLC de Wallston y colaboradores) y que las pacientes con mayor puntuación en LCI

señalaban padecer menos dolor, menos miedo y menos preocupación por la enfermedad, y valoraban el día de visita como menos negativo, De Valck y Vinck (1996) no encontraron ninguna relación entre indicadores de CV y locus de control (evaluado a partir de una derivación de la escala Unidimensional de Locus de Control de Salud de Wallston (HLC)) en una muestra de 16 enfermos con cáncer de pulmón. Sólo se observa que en la fase de diagnóstico la calidad de vida correlaciona negativamente con el LC y en la fase de seguimiento correlaciona de forma positiva.

No obstante, hay que señalar que esta aparente contradicción entre los estudios no es tal, ya que el estudio de De Valck y Vinck (1996) ofrece muy pocos casos para que podamos considerarlo como un “contraejemplo” significativo de los resultados de Font (1989), y nos inclinamos a pensar que los hallazgos de este último son consistentes (tanto por el número de casos evaluados, claramente superior al de pacientes con cáncer de pulmón, como por el instrumento de valoración del LC, ya que utilizó una versión multidimensional, más potente y adecuada que la versión unidimensional de De Valck y Vinck). Esta afirmación queda reforzada si, además, tenemos en cuenta que repetidas veces se ha encontrado una relación negativa entre LC Interno e intensidad de dolor en diferentes tipos de pacientes (ver Pastor et. al., 1999, para una revisión) y que el dolor es un componente importante dentro de las valoraciones de CV de los enfermos.

En cualquier caso, para poder afirmar que las relaciones entre el LC y la CV en pacientes con cáncer (o, al menos, en pacientes con cáncer de mama) existen, sería necesaria una replicación del estudio. Desgraciadamente, el estudio de Ruiz et al. (1999), si bien ofrece datos descriptivos de las creencias de LC de Salud multidimensional, no los relaciona con los indicadores de CV, por lo que debemos seguir considerando que hay indicios claros de una relación entre CV y creencias de LC de Salud, pero que se necesitan más estudios para poder llegar a conclusiones claras y definitivas.

El estudio de Ferrero et al. (1994), por su parte, debe ser interpretado en base al sentido que, desde la Psicología del Control, adquieren las diferentes subescalas del Mental Adjustment to Cancer (MAC) (Watson et al., 1988). En nuestra opinión, una



puntuación adecuada en *Espíritu de Lucha* indicaría que la persona tiene unas elevadas expectativas de control (es decir, que ella misma puede conseguir los resultados que desea obtener: como superar la enfermedad y sus consecuencias), mientras que las expectativas de control serían bajas si se puntuase alto en las subescalas de *Indefensión/Desesperanza*, *Preocupación Ansiosa* y *Fatalismo* (cabría formular la hipótesis de que en este caso se concede poca expectativa de éxito a los dos posibles agentes de control: el propio paciente y los médicos).

Interpretar una puntuación elevada en la subescala *Negación* es algo más difícil ya que, según nuestro esquema de Psicología del Control esto indicaría una inexistencia de la situación sobre la cual evaluar el JC. Podríamos considerar, no obstante, que la negación puede conllevar un juicio de “ausencia de no-control”; es decir, que se valora que la situación no conlleva riesgos, por lo que no ha lugar la preocupación por si existe o no el control sobre la misma. A partir de esas consideraciones, el estudio de Ferrero y colaboradores, que evalúa longitudinalmente a 68 pacientes con cáncer de mama (al cabo de 1, 3 y 6 meses después del diagnóstico), ofrece resultados a favor de una relación entre JC y CV, ya que una elevada puntuación en *Espíritu de Lucha* correlaciona con una mejor CV en todos los momentos en que se evaluó a las pacientes, y lo contrario ocurre si la puntuación es elevada en las escalas de *Indefensión*, *Preocupación Ansiosa* y *Fatalismo*. La *Negación* también correlacionó con una mejor CV.

Tomados conjuntamente, estos resultados permiten defender la idea de que las creencias en que uno puede hacer algo por su salud facilitan una mejor CV, bien porque se manifieste un LC Interno (Font, 1989), bien porque se manifieste un elevado *Espíritu de Lucha*, es decir, la intención de llevar a cabo estrategias de afrontamiento activas (Ferrero et al., 1994). Además, la ausencia de preocupación (*Negación*), interpretada como una percepción de control ya que no hay ausencia del mismo, también correlaciona con una mejor CV. Por otro lado, también parece observarse una pérdida de control cuando la enfermedad avanza, en el sentido de conceder menos importancia a los agentes externos, aunque falta saber si ello correlaciona también con una mejor CV.

En suma, hay razones fundadas para defender la idea de una relación entre juicios de control “positivos” y CV, ya que los estudios que no aportan datos en este sentido, o bien no han analizado dicha relación (Ruiz et al., 1999) o tienen serias limitaciones metodológicas por el pequeño tamaño de muestra (De Valck y Vinck, 1996).

Afirmamos, finalmente, que el hecho de que los resultados obtenidos provengan de estudios relacionados en pacientes con cáncer de mama no invalida la idea de que estos supuestos puedan observarse también en otros tipos de pacientes oncológicos.

## **2.2. ADAPTACION A LA ENFERMEDAD**

En primer lugar, y antes de abordar los diez estudios encontrados que relacionan los JC con la adaptación a la enfermedad, deberíamos definir las diferentes formas de entender la adaptación. Una primera forma es el “ajuste emocional”: entendido como un bajo nivel de depresión y de ansiedad frente a la enfermedad. Una segunda forma es el “tipo de estrategias de afrontamiento que se utilizan ante la enfermedad”: entendiendo las dimensiones de instrumentos como el Mental Adjustment to Cancer (MAC) de Watson et.al. (1988) o del The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) de Derogatis (1976).

Los diez estudios anteriormente mencionados, los podemos dividir en tres grupos. Por un lado, aquellos que han intentado relacionar el JC con el “ajuste emocional” (Andrykowski y Brady, 1994; Jenkins y Burish, 1995; Bremer, Moore, Bourbon, Hess y Bremer, 1997; Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky y Cruzen, 1993; Faller, Schilling y Lang, 1995). Por otro lado, los que han intentado relacionar el juicio de control con las estrategias de afrontamiento (Grassi, Rosti, Lasalvia y Marangolo, 1993; Rodrigue, Behen y Tumlin, 1994; Osowiecki y Compas, 1998). Y finalmente, aquellos que relacionan diferentes estrategias de control con el estado emocional en los padres de los niños afectados de cáncer (Grootenhuis, Last, De Graaf-Nijkerk y Van der Wel, 1996; Grootenhuis y Last, 1997), que no coincide exactamente con el eje de nuestro estudio pues los protagonistas no son directamente los enfermos pero sí personas que están

directamente ligadas a ellos y que, a la vez, pueden influir de manera determinante en el bienestar de sus hijos enfermos.

Los resultados de los cinco estudios que han analizado la PC y el ajuste emocional son bastante claros aunque los constructos de control utilizados sean diferentes (LC, creencias de control, control percibido, atribución causal). Andrykowski y Brady (1994), estudiaron la relación entre el LC unidimensional de la salud y el ajuste psicológico mediante las dimensiones del PAIS, en una muestra de 69 sujetos candidatos a trasplante de médula ósea, y vieron que la relación entre el LC y el malestar estaba modulada por la gravedad de la enfermedad y por el historial de tratamiento. Concretamente, las personas con un LC Externo elevado y un historial previo de fracasos en el tratamiento manifestaban un aumento significativo del malestar emocional. Sin embargo, los sujetos con un elevado LC Interno y un historial previo de fallos en el tratamiento manifestaban un malestar mucho menor.

Por su lado, Jenkins y Burish (1995), evaluaron en una muestra de 313 pacientes, el LC de la salud (con el MHLC de Wallston et al., 1978) y el malestar relacionado con la quimioterapia (con el Multiple Affect Adjective Checklist (MAACL) de Zuckerman et al., 1964). Observaron que los enfermos de cáncer mostraban mayor puntuación en el LC Externo que los sujetos sanos; y que los pacientes con “creencias de control” (elevadas puntuaciones en el LC externo e interno) mostraban menor malestar ante la quimioterapia, mayor disminución en el afecto negativo y menor hostilidad postquimioterapia. Además, y a partir de las puntuaciones del MHLC, los autores establecieron diversas tipologías de pacientes y las relacionaron con el malestar. Así, los “Puro Azar” (sujetos con elevadas puntuaciones en el factor “Azar”) fueron los que mostraron mayores niveles de malestar; los “Puro Otros Poderosos” (sujetos con elevadas puntuaciones en el factor “Otros Poderosos”) presentaban una leve disminución del hostilidad y los “Puro Internos” (sujetos con elevadas puntuaciones en el factor “Interno”) no mostraban ninguna mejora.

Los resultados también indicaron que los pacientes con “creencias en el control” (es decir, que puntuaban de forma elevada tanto en LC Interno como en LC Externo-Otros Poderosos) y los “Puro Otros Poderosos” se caracterizaban por mostrar un

menor nivel de ansiedad. Por lo tanto parece ser que una elevada puntuación en el LC Interno y en el Externo podría ser más adaptativa que tener únicamente puntuaciones elevadas en el LC Interno, y que puntuaciones elevadas en locus de control azar correlacionan con un mayor malestar.

Bremer, Moore, Bourbon, Hess y Bremer (1997), analizaron la relación entre el LC de la Salud y el bienestar en una muestra de 257 mujeres con y sin cáncer, y observaron que las mujeres con cáncer de mama tenían un estado de ánimo significativamente más negativo, y mostraban unas puntuaciones más bajas que las mujeres sanas en las escalas de LC Interno, Externo y Azar. Además, cuanto más agresivo es el tratamiento quirúrgico mayor es el impacto negativo en la adaptación a la enfermedad. Sin embargo, en el estudio de Ruiz et al. (1999), observaron que las mujeres con cáncer de mama en comparación con las sanas tenían menor nivel de rasgo ansiedad, niveles de depresión más elevados, menor sensación de bienestar psíquico y puntuaciones más elevadas en las distintas escalas de LC.

Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith, Schwankovsky y Cruzen (1993), por su parte, analizaron el CP en una muestra de 71 pacientes con cáncer y vieron que los pacientes que presentaban elevadas puntuaciones de control personal mostraban menos emociones negativas y menos depresión; es más, esta relación se mantuvo incluso en pacientes cuyo estado físico y su situación social mostraban deterioro. En la misma línea pueden interpretarse los resultados de Faller, Schilling y Lang (1995), quienes estudiaron la atribución causal y la adaptación a la enfermedad en una muestra de 61 enfermos con cáncer de pulmón en estadio II. Observaron que los enfermos que hacían una atribución causal de tipo “estrés psicosocial” (es decir, atribuían las causas de su enfermedad a un control externo) sufrían un mayor malestar emocional, estaban más deprimidos y tenían menos esperanza que los enfermos que hacían atribuciones de tipo más interno. Además, los primeros eran más propensos a mostrar un afrontamiento desajustado a la enfermedad.

En los tres estudios que han analizado el LC y su relación con la adaptación al cáncer, entendida ésta como las diferentes estrategias de afrontamiento, los resultados indican, en términos generales, que la percepción de control se relaciona

con un buen ajuste a la enfermedad. Por ejemplo, en el estudio de Grassi, Rosti, Lasalvia y Marangolo (1993), en el que se relacionan el LC y las diferentes dimensiones del MAC, a partir de los datos de una muestra de 157 enfermos de cáncer, se observa que la dimensión *Espíritu de Lucha* está relacionada con bajas puntuaciones del LC Externo y elevadas en el *Apoyo Social* y viceversa, el LC Interno está relacionado positivamente con la dimensión *Espíritu de Lucha*.

En otro estudio, Rodrigue et al. (1994), analizaron el ajuste psicológico y las expectativas de control en 132 sujetos con diferentes diagnósticos de cáncer sometidos a tratamiento anticanceroso y observaron que las estrategias de *Evitación y Aceptación-Resignación*, eran una buena medida para distinguir el buen ajuste del mal ajuste y eran bastante predictivas del malestar psicológico, ya que los enfermos que tenían puntuaciones elevadas en la percepción de falta de control (entendido como *Evitación y Aceptación-Resignación*) tenían también bastantes problemas domésticos y familiares y poco apoyo social.

En el estudio de Osowiecki y Compas (1998), relacionaron el control, entendido como estrategias de afrontamiento, con el ajuste emocional en una muestra de 83 adultos con diferentes diagnósticos de cáncer. Para ello usaron un instrumento elaborado por ellos mismos donde analizaron las estrategias focalizadas al problema y las estrategias centradas en las emociones. En un análisis de regresión múltiple, las estrategias focalizadas en el problema estaban asociadas con bajos niveles de ansiedad/depresión y las estrategias centradas en las emociones estaban asociadas con elevados niveles de síntomas emocionales. La interacción del afrontamiento focalizado en el problema y el afrontamiento focalizado en las emociones era un predictor significativo de bajos niveles de ansiedad/depresión. Sin embargo, esta misma interacción no predijo la ansiedad/depresión a los 4 meses de seguimiento.

En resumen, los tres estudios que acabamos de describir muestran que cuando las puntuaciones de LC Interno son altas, la adaptación a la enfermedad es elevada (Grassi et al., 1993). Por el contrario, puntuaciones elevadas en la falta de control, entendido como *Evitación y Aceptación-Resignación*, dan lugar a una pobre adaptación (Rodrigue et al., 1994), mientras que el uso de estrategias orientadas al

problema predice significativamente bajos niveles de ansiedad/depresión (Osowiecki y Compas, 1998).

Finalmente, comentaremos los estudios de Grootenhuis, Last, De Graaf-Nijkerk y Van der Wel, (1996) y Grootenhuis y Last (1997) porque, aunque no tratan esta relación (control con la adaptación a la enfermedad) con los enfermos directamente, si que lo tratan en los padres de niños enfermos, aspecto muy importante ya que si los padres perciben algún tipo de control, seguro que esto repercutirá beneficiosamente en el niño enfermo.

En el primer estudio se observó que las madres de los niños enfermos parecen usar un control más Interpretativo e Ilusorio que los padres. Los padres de los niños en remisión también presentan un control Interpretativo e Ilusorio. En el segundo estudio se evaluó el ajuste emocional de los padres en base a cuatro estrategias de control: *control Predictivo* (teniendo expectativas positivas), *control Vicario* (atribuyendo el poder a lo médicos), *control Ilusorio* (relegando sobre la suerte y el destino), y *control Secundario Interpretativo* (intentos directos para cambiar uno mismo sus deseos, expectativas o interpretaciones). Los resultados demostraron que las expectativas positivas sobre el curso de la enfermedad correlacionaban con una menor incidencia de emociones negativas para los padres y madres de niños enfermos. Además, mostraron que el uso de estrategias de control Secundario Interpretativo (lo que equivaldría a una situación de control con el propio sujeto como agente) se correlacionan de forma significativa con el ajuste emocional de los padres de los niños con cáncer.

Concluyendo, los resultados parecen ser bastante claros, a pesar del uso de diferentes muestras, distintas formas de entender la adaptación y diversas formas de evaluar la percepción de control. El LC Interno está relacionado con puntuaciones bajas en el malestar (Andrykowski y Brady, 1994). Los pacientes con “creencias de control” (interno y externo) muestran menos malestar relacionado con la quimioterapia (Jenkins y Burish, 1995). Thompson et al. (1993), vieron que los sujetos que tenían elevadas puntuaciones en el control percibido estaban bien adaptados a la enfermedad, y Faller et al. (1995), observaron que los sujetos que hacían atribuciones

de tipo externo tenían mayor malestar que los que las hacían de tipo interno. Grassi et al. (1993), observaron que el LC está significativamente relacionado con el *Espíritu de Lucha*. Rodrigue et al.(1994), vieron que la *Evitación* y la *Aceptación-Resignación* (o falta control percibido) correlacionaban con un mayor malestar psicológico. Oswiecki y Compas (1998), observaron que el uso de estrategias de afrontamiento orientadas al problema y de estrategias de afrontamiento orientadas a las emociones (control percibido) es un predictor significativo de bajos niveles de ansiedad/depresión. Y finalmente, Grootenhuis y Last (1997), demuestran que las estrategias de control Interpretativo Secundario o control Interno contribuyen a un mejor ajuste emocional.

### **2.3. CONDUCTAS PREVENTIVAS**

En los tres estudios encontrados en la bibliografía que han intentado relacionar las conductas de tipo preventivo ante el cáncer con el LC, podemos diferenciar dos tipos de éstas: por un lado la conducta de hacerse una revisión médica preventiva anual para detectar precozmente el cáncer de mama y cérvix (Murray y McMillan, 1993; Bundek, Marks y Richardson, 1993), y por otro lado, las conductas de autoexploración testicular y mamaria (Bundek et al., 1993; Katz, Meyers y Walls, 1995).

Los resultados indican que el LC Externo (Otros Poderosos) es un predictor significativo de la conducta y la frecuencia de hacerse revisiones médicas preventivas de forma periódica (Murray y McMillan, 1993; Bundek et al., 1993). Por otro lado, los resultados en torno al LC Interno y su relación con la conducta de autoexploración mamaria y testicular son claros pero escasos. Bundek et al. (1993), encuentran una relación significativa del LC Interno como predictor de la autoexploración mamaria en una muestra de 603 mujeres. Sin embargo, Katz et al. (1995) no encuentran ninguna relación entre éstos dos aspectos en una muestra de 178 estudiantes (hombres y mujeres), aunque sí observan que el mejor predictor de la conducta preventiva de auto-exploración es el miedo a desarrollar un cáncer y la confianza en que la auto-exploración se hace correctamente.

En resumen, estos resultados permiten defender la idea de que el juicio de que “el control de diagnosticar un cáncer en su fase inicial lo tienen los profesionales de la salud”, es un predictor significativo de la conducta y la frecuencia de ir a revisión médica de forma periódica (Murray y McMillan, 1993; Bundek et al., 1993). Asimismo, el juicio de que “el control sobre la conducta auto-exploratoria preventiva lo puede ejercer uno mismo” es un buen predictor para ejercerla (Bundek et al., 1993). De todas formas, estos resultados, aunque claros, deberían ser replicados en otros estudios.

#### **2.4. SUPERVIVENCIA**

Los estudios que han relacionado las creencias de LC de Salud con la Supervivencia han obtenido resultados bastante inconsistentes, tal como demuestran Cwikel, Behar y Zabora (1997), en una publicación donde revisaron 250 artículos publicados entre 1960 y 1996, y en la que investigaron los factores psicosociales que afectan a la supervivencia al cáncer.

En general, concluyen que las intervenciones psicosociales son más efectivas en los estadios iniciales de la enfermedad, pero que los predictores más potentes de la supervivencia son biológicos (p.e. el estadio de la enfermedad). Por otro lado, no se observan efectos de los factores psicosociales sobre la supervivencia y éstos son inconsistentes en fases finales de la enfermedad. Las variables sociodemográficas (elevado estatus socioeconómico y uso de medicina privada) correlacionan positivamente con la supervivencia y, además, los factores psicosociales parecen jugar un papel más relevante en pacientes con edad inferior a 55 años. Sólo un estudio evaluaba el LC, en una muestra de 49 sujetos, encontrando puntuaciones significativamente elevadas en la dimensión *Azar* para el grupo de individuos con mayor supervivencia, pero presentaba problemas metodológicos.

Al margen de ese trabajo hemos localizado otros dos estudios que utilizan dos formas de relacionar los juicios de control y la supervivencia. Por un lado, Kreitler, Kreitler, Chitchik, Shaked y Shaked (1997), intentaron establecer el poder predictivo de



variables psicológicas como el locus de control sobre el curso de la enfermedad y la supervivencia. Por otro lado, Watson, Haviland, Greer, Davidson y Bliss (1999), analizaron la influencia de la respuesta psicológica, en concreto el tipo de estrategias de afrontamiento que usaban, en la supervivencia al cáncer de mama.

Los resultados en torno al LC y su relación con la supervivencia no son nada claros, pues Kreitler et al. (1997), evaluaron a 96 pacientes con cáncer de mama, con la escala unidimensional de LC de Rotter (1966) en estadios iniciales (I y II), y no encontraron ninguna relación entre el LC y la Supervivencia. Además, vieron que el predictor médico más importante de la supervivencia era el estadio y el predictor psicológico más importante era el ajuste emocional.

El estudio de Watson et al. (1999), por su parte, debe ser interpretado como ya se ha citado en el apartado 2.2., en base al sentido que desde la Psicología del Control, adquieren las subescalas del MAC (Watson et al., 1988). Estos autores administraron el MAC y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) a una muestra de 578 mujeres con cáncer de mama en estadio inicial, a las 4 y las 12 semanas y a los 12 meses después del diagnóstico, y observaron un incremento significativo 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 de Depresión del HAD el resultado era una reducción significativa de las posibilidades de supervivencia. Sin embargo, el *Espíritu de Lucha* contrariamente a lo esperado, no guardaba relación con la supervivencia.

En suma, hay razones para defender la idea de que las puntuaciones elevadas en los juicios de no control (*Indefensión/Desesperanza* y *Depresión*) incrementan las recaídas y el riesgo de fallecimiento a los 5 años. Sin embargo, no parece que los juicios de control (*Espíritu de Lucha* elevado) se relacionen significativamente con la supervivencia (Watson et al., 1999), 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 relaciones significativas en este sentido. No obstante, esta conclusión está supeditada a problemas metodológicos en algunas de las investigaciones, bien por el

reducido tamaño de la muestra (Cwikel et al., 1997), bien por el uso de instrumentos unidimensionales de poca potencia predictiva (Kreitler et al., 1997). De todas maneras, es necesario desarrollar más investigaciones en esta línea antes de poder concluir que, como sugieren los datos actuales, una falta de control aumenta el riesgo de recidivar y de tener una menor supervivencia, y una presencia elevada de control no influye en este tipo de evolución de la enfermedad.

## **2.5. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES**

Los resultados de las investigaciones analizadas en este capítulo parecen confirmar, en líneas generales, la idea apuntada en el apartado 1.4; esto es, la existencia de una relación positiva entre la sensación subjetiva de control y la presencia de un mayor bienestar (e incluso una mayor supervivencia) de los individuos. Sin embargo, no parece que exista un acuerdo sobre qué constructo recoge e integra la idea de "sensación subjetiva de control": no siempre el LC es la variable que detecta la relación, ni tampoco lo es siempre la medida directa basada en constructos como el "Espíritu de Lucha".

Tampoco podemos afirmar que medir el "no-control" (lo que vendría determinado por la existencia de Desesperanza/Indefensión) es la manera adecuada de valorar el control, ya que se basa en indicios indirectos y no mide el constructo "sensación de control" de una forma directa, estrategia ésta que constituiría, probablemente, el enfoque más fiable y válido.

En este sentido, quizá esta situación no es más que la constatación de lo que ya avanzábamos en el apartado 1.4; esto es, la insuficiencia de los enfoques existentes que, si bien parecen converger en sus resultados y conclusiones no lo hacen sobre una base empírica firme y consistente. Esta carencia no es sino el fruto de la diversificación teórica y de la falta de un marco integrador. Así pues, no se puede llevar a cabo un análisis satisfactorio de las relaciones entre Psicología del Control y Psicología Oncológica sin replantearse y reorganizar las cuestiones teóricas que, en la primera, están aún por resolver.

Consideramos, pues, necesaria una reflexión sobre las lagunas existentes a fin de establecer una línea de trabajo que permita clarificar con mayor rigor si las relaciones supuestas entre la Psicología del Control y la Psicología Oncológica realmente se dan.

En el capítulo siguiente abordaremos estas carencias para, a continuación, plantear un estudio empírico en una línea que nos permita comprobar si, efectivamente, la sensación subjetiva de control es una variable relacionada de manera directa y fiable con el bienestar de los pacientes oncológicos.

### **3. CUESTIONES EN TORNO A LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL**

#### **3.1. CUESTIONES POR RESOLVER DESDE EL PUNTO DE VISTA TEÓRICO**

Una situación idónea para comprobar la teoría del LC y las creencias de control la constituyen las personas con problemas de salud, ya que algunas personas creen que la salud depende de factores externos como la contaminación o el ponerse en manos de un buen médico, mientras que otras consideran que el no enfermar depende en gran parte de uno mismo, por ejemplo, de los hábitos higiénicos.

En la medida en que existe relación entre expectativas de control y comportamiento, la Psicología del Control adquiere especial importancia en las enfermedades en que el curso y el pronóstico de las mismas depende de la colaboración del paciente, como por ejemplo, en el caso de la diabetes. De hecho, en la mayoría de los casos, cuando se indica la importancia de seguir un tratamiento, lo que se pretende es aumentar la “internalidad”, es decir, responsabilizar al sujeto de sus acciones y aumentar sus expectativas de control.

No obstante, las relaciones de la *Psicología del Control* con otras variables no están clarificadas de una manera enteramente satisfactoria. Así, un problema importante que se ha planteado ha sido saber hasta qué punto las creencias en relación con el control del estado de salud son estables y, también, en qué medida dependen del problema de salud. Es decir, podría ocurrir que, según el tipo de enfermedad, una misma persona presentara un perfil diferente en las variables relativas a la Psicología del Control.

Otra cuestión importante es la relativa a la utilidad de estos constructos ante situaciones en las que las consecuencias son escasamente controlables tanto por el médico como por el paciente y que además son altamente impredecibles, como es el caso de los pacientes con cáncer que están en fase de enfermedad avanzada. En esta

situación, 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, la recepción de diferentes terapias médicas por lo general agresivas o incluso muy agresivas (p. e. determinados tipos de quimioterapia que suelen producir náuseas, vómitos y caída del cabello), y todo ello sumado a la desinformación sobre la enfermedad. Por otra parte, los resultados de las exploraciones previas, la biopsia, la respuesta a los tratamientos, el desarrollo que seguirá la enfermedad, si se va a producir o no una recaída, cuándo se va a producir, qué terapia se va a realizar en el futuro, qué efectos secundarios aparecerán, etc., son acontecimientos difíciles o imposibles de predecir en muchos casos (Font, 1989).

Como se ha visto en el capítulo 2, algunos estudios han explorado el LC y otros constructos de control en pacientes con cáncer, y sus resultados no son completamente consistentes, lo cual no es de extrañar debido al uso de diferentes medidas, de diferentes constructos que miden las creencias de control y de diferentes muestras de sujetos en diferentes estadios de la enfermedad. De todas maneras, parece que hay un consenso en el sentido de que el LC es un constructo con poco poder predictivo y que habría que reformularlo para que tenga mayor fuerza en situaciones de amenaza real como la que constituye una enfermedad de cáncer de pulmón, cuya evolución es rápida y conlleva una pérdida de control de la situación casi total.

De todo ello se desprende la existencia de importantes lagunas de conocimiento que la investigación realizada hasta ahora no llega a cubrir plenamente por las razones que hemos ido esbozando a lo largo de las páginas previas. Describiremos las que consideramos más relevantes para, a continuación (apartado 3.2.) sugerir qué cuestiones concretas pueden servir para iniciar investigaciones que, paulatinamente, puedan ir cubriendo estas carencias.

El primer aspecto teórico que desde nuestro punto de vista hay que resolver es conseguir una elaboración más precisa de un marco conceptual del *Control* y sus dimensiones, pues como se ha podido ver en los capítulos anteriores el Control se ha convertido en un entramado de conceptos de difícil definición que se solapan en sus

significados unas veces y otras no miden lo que pretenden medir. La propuesta aportada en el apartado 1.3. puede ser un punto de partida pero todavía está por validar.

En segundo lugar, hemos constatado que el LC en concreto es un constructo muy general que se debe complementar de forma que gane en potencial predictivo. La estrategia podría basarse en el concepto de juicio de control que se ha propuesto en la figura 1.2. de la Psicología del Control (ver apartado 1.3.) y que intenta relacionar las diferentes dimensiones del control.

También creemos que es importante profundizar a nivel teórico sobre el papel que juega el grado de motivación en la Psicología del Control para el sujeto que tiene que ejercer el control en una situación dada. Debemos tener presente que no hay que confundir entre un “juicio de no-control” (porque el individuo cree que todo depende del azar o del destino, o simplemente porque niega la situación) con una falta de motivación. Puede haber una alta motivación y un juicio de control de valor nulo, y viceversa. Son situaciones compatibles que dan lugar a consecuencias que pueden afectar al bienestar del sujeto de diferentes formas, ya que, por ejemplo la negación puede ser buena o mala según los casos, y lo mismo puede decirse de las creencias sobre el papel del azar. Así, creemos que se debería dar más importancia al estudio de los individuos que no desean ejercer el control, así como a los sujetos que al darles un poco de control esto les puede representar un gran malestar.

En esta línea, también creemos que es importante profundizar más en cómo afectan las emociones en los juicios de control de los sujetos, pues los estados de ánimo junto con las experiencias previas pueden modular drásticamente la percepción de control de un sujeto.

Por otro lado, es cierto que, aunque parece que en situaciones relacionadas con la salud la tendencia general de los individuos es la de intentar ejercer control (lo cual parece que es beneficioso para una buena adaptación a la enfermedad), los esfuerzos para tener un control activo, las creencias de autoeficacia o el elevado deseo de tener control podrían tener consecuencias colaterales potencialmente negativas para la

salud, tales como un incremento en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, pues las creencias de control personal pueden incrementar la ansiedad debido a los sentimientos de autoculpa que pueden aparecer si se fracasa o se cree que se fracasa en el control de la situación. Un ejemplo podría darse en enfermos con cáncer que tienen un elevado espíritu de lucha y de responsabilidad. Si recaen pueden sentir que han fallado en su control personal y padecer emociones de tipo depresivo y/o ansioso muy perjudiciales para el curso de su enfermedad.

### **3.2. CUESTIONES SUSCEPTIBLES DE INVESTIGACIÓN**

En el apartado anterior hemos sugerido algunos aspectos que podrían ser investigados a partir de las cuestiones que se derivan directamente del modelo de Psicología del Control descrito en el apartado 1.3. La complejidad de este modelo es un campo abonado para el desarrollo de abundantes trabajos empíricos, ya que difícilmente podrían reunirse estos aspectos en un sólo estudio. Por lo tanto, cualquier trabajo en este campo debe plantearse objetivos relativamente modestos, con la esperanza de que el panorama completo de la situación pueda construirse a partir de investigaciones concatenadas que vayan arrojando luz sobre los diferentes aspectos a partir de una coordinación de objetivos. En este sentido, debe aceptarse como punto de partida que el JC es la principal variable a considerar, tanto si se conceptualiza como "variable independiente" (esto es, estudiando qué efectos produce) como si lo es en forma de "variable dependiente" (esto es, analizando en qué medida es determinada por las creencias, los estados de ánimo u otros factores).

Dentro del campo de la psicología oncológica, posiblemente lo más interesante es valorar si efectivamente, el JC es una variable potente para predecir o detectar cambios significativos en los aspectos psicológicos del paciente, tanto emocionales (con qué estado de ánimo reaccionará a la situación), como conductuales (qué estrategias llevará a cabo para superar la problemática que conlleva la enfermedad). Si realmente el JC es una variable significativa, tendrá sentido analizar qué factores tienen influencia para, a partir de ahí, diseñar estrategias de intervención adecuadas

que ayuden al paciente a elaborar juicios de control que le faciliten una mejor adaptación a la enfermedad.

Por ello, nuestra propuesta es la de considerar como primer paso en la investigación el análisis de las relaciones del JC con indicadores de bienestar en pacientes con cáncer. Pensamos que dicho análisis nos proporcionará una visión más rica y útil de los aspectos psicológicos de los pacientes que la que han proporcionado hasta ahora los enfoques basados en el LC de la Salud o en otros constructos que, tal como hemos indicado anteriormente, no llegan a recoger la totalidad de aspectos que sí engloba el JC. Esta propuesta la concretaremos en unos objetivos y planteamientos específicos que expondremos con detalle en el siguiente capítulo.



# **PARTE EMPÍRICA**

## **4. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

En este trabajo vamos a analizar si el constructo *Juicios de Control sobre los Agentes de Salud* es una variable adecuada para valorar el papel que juega la experiencia subjetiva de control del paciente en situaciones en las que la enfermedad se encuentra en estadio avanzado.

Entendemos por Juicios de Control sobre los Agentes de Salud (en adelante, JCAS) la valoración hecha por el paciente respecto al grado en que él mismo, los médicos, u otros factores (azar, destino) son en mayor o menor medida responsables de la resolución de sus problemas de salud (es decir, que pueden ejercer un control eficaz sobre ésta).

Creemos que, como se ha indicado en el capítulo anterior, el JC es la variable central ante una situación de enfermedad, y por ello los pacientes con cáncer de pulmón, por padecer una enfermedad avanzada con muy mal pronóstico, ofrecen una situación adecuada para investigar esta cuestión. Todos los pacientes con cáncer se hallan más o menos preocupados por su estado de salud, su vida cotidiana se ve, en cierta medida, afectada por los acontecimientos ligados a la enfermedad y tienen una calidad de vida que puede variar enormemente de unos pacientes a otros, dependiendo de su estado físico y psíquico y, de su condición social.

También cabe esperar que los pacientes presenten diferencias en los juicios específicos de control y que las diferencias se relacionen con la valoración de la gravedad de la situación. Teniendo en cuenta el punto de vista sostenido en el modelo que hemos denominado *Psicología del Control* (ver figura 1.2.), así como el conjunto de bibliografía revisada, se desprenden una serie de supuestos cuyo análisis constituirá el presente estudio empírico.

## 4.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Concretamente, pretendemos analizar:

- 1) la estabilidad de los “juicios de control” a lo largo de la evolución de la enfermedad y,
- 2) si este constructo constituye una variable psicológica significativa en personas que se ven sometidas a una situación de salud escasamente controlable y con elevado riesgo de experimentar un deterioro progresivo en un período de tiempo relativamente corto.

A partir de estas consideraciones, los objetivos específicos sobre los que intentaremos desarrollar el presente trabajo son los siguientes:

- ***Objetivo 1. Comprobar si los Juicios de Control sobre los Agentes de Salud se mantienen estables a lo largo de la enfermedad.***

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, cabe plantearse la posibilidad de que los JCAS cambien a medida que lo haga, en forma drástica, el estado del enfermo.

- ***Objetivo 2. Analizar en qué medida los Juicios de Control sobre los Agentes de Salud guardan relación con otras variables como la Calidad de Vida, el Índice Karnofsky, los Ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia.***

De la bibliografía revisada cabe suponer que las personas con JCAS Internos y/o Externos tendrán mejor Calidad de Vida y Estado Emocional así como una mejor puntuación en los aspectos considerados como clínicamente importantes (los que denominamos Ítems Clínicamente Relevantes y describiremos en el apartado 5.2.2.), ya que perciben que existe control sobre su situación. En cambio, cabe esperar que las que tienen JCAS de Azar (es decir, las personas

que juzgan que su enfermedad no está controlada por ningún agente) tendrán peor Calidad de Vida y Estado Emocional.

En cuanto a la Supervivencia, creemos que los pacientes con unos JCAS Internos y/o Externos tendrán mayor supervivencia que los que hacen un juicio de control de Azar (es decir, personas que *a priori* no juzgan que exista control sobre la situación). Aún cuando la escasa bibliografía existente es contradictoria, consideramos que los pacientes con mejor Calidad de Vida y mejor Estado Emocional tendrán un mejor estatus psicológico (menor estrés) que puede facilitar una mayor supervivencia.

- ***Objetivo3. Analizar si el Juicio de Control General sobre los Agentes de Salud tiene una relación clara con la Calidad de Vida, el Índice Karnofsky, los Ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia que los JCAS.***

Suponemos que el Juicio de Control General sobre los Agentes de Salud (en adelante, JGCAS), independientemente de que exista un agente interno y/o externo, tiene una relación clara y positiva con la Calidad de Vida, el Índice Karnofsky, los Ítems Clínicamente Relevantes y la Supervivencia.

## **5. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **5.1. SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN**

En este estudio se ha utilizado una muestra de pacientes con cáncer de pulmón avanzado que formaban parte de un ensayo clínico aleatorio realizado en el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona. Inicialmente, de 105 pacientes requeridos para ello, 96 aceptaron participar en el ensayo clínico, pero posteriormente 4 sujetos salieron del estudio debido a que rechazaron el tratamiento que se les propuso (los sujetos 8, 15, 37 y 48). Por lo tanto, la muestra final fue de 92 enfermos que siguieron el tratamiento propuesto. No obstante, la Escala de Juicios de Control de los Agentes de Salud (que se describe en el apartado 5.2.4.) queda reducida a 90 sujetos debido a que 2 sujetos se negaron a responder.

Todos los sujetos fueron diagnosticados de cáncer de pulmón tipo “no oat-cell” (no célula pequeña) en estadio IIIb o enfermedad locorregional (38 sujetos) y IV o enfermedad con metástasis a distancia (54 sujetos). Estos dos diagnósticos manifiestan unos síntomas y evolución muy similares, por lo que a efectos de este estudio consideraremos que los pacientes pertenecen a un único grupo diagnóstico.

La edad media de los sujetos de la muestra global era de 59 años (con una edad mínima de 29 años y una edad máxima de 70 años y con una desviación típica de 8,86) de los cuales el 91,3% eran varones y el 8,7% eran mujeres (84 hombres con una edad media de 59 años y 8 mujeres con una edad media de 54 años). En conjunto, el tipo de paciente que predominaba era un varón de edad madura, casado, con un nivel cultural bajo y fumador. Todos los enfermos y enfermas vivían en Barcelona, ciudad o provincia.

Estos pacientes fueron seleccionados en base a una serie de criterios de inclusión y exclusión establecidos en las directrices del ensayo clínico aleatorio, que son los siguientes:

➤ Criterios de inclusión:

1. Tener un diagnóstico histológico de: carcinoma escamoso, adenocarcinoma, carcinoma indiferenciado de célula grande o carcinoma bronquioloalveolar.
2. Pertenecer a los estadios: IIIa N2 clínico, IIIb o IV.
3. Tener una edad entre 18 y 70 años.
4. Tener un Karnofsky mayor de 70%.
5. Tener enfermedad evaluable.
6. Tener las funciones hepática y renal normales.

➤ Criterios de exclusión:

1. Tener metástasis cerebrales.
2. Haber tenido un tratamiento oncológico previo.
3. Tener antecedentes de neoplasia maligna, excepto cáncer vasocelular o cáncer in situ de cérvix.
4. Tener enfermedad cardíaca activa.
5. Tener cifras de albúmina menores a 30.

En cuanto al tratamiento al que fueron asignados, de los 92 pacientes, 45 recibieron tratamiento soporte (destinado a disminuir los síntomas que vayan apareciendo a lo largo de la enfermedad) y radioterapia (antiálgica, desobstructiva y de tratamiento sintomático de las metástasis); mientras que 47 pacientes recibieron tratamiento soporte y quimioterapia paliativa (es una poliquimioterapia que incluye el CDDP o Cis-platino).

El proceso de recogida de datos del estudio empezó con la entrada del primer paciente en enero de 1991 y terminó en diciembre de 1998. Dos psicólogas recogieron los datos entre 1991 y 1992, y posteriormente en enero de 1993 la autora de esta tesis se encargó de realizar esta tarea, responsabilizándose de llevar el estudio adelante hasta completarlo. Una vez finalizada la recogida de datos sobre la calidad de vida de los 92 pacientes que se incluyen en este estudio, se recabó información de diversos aspectos puramente médicos a partir del historial clínico, como la edad, el

diagnóstico, el estadio, la pauta de tratamiento a seguir, el Karnofsky y el tiempo de supervivencia.

## **5.2. INSTRUMENTOS EMPLEADOS EN LA INVESTIGACIÓN**

### **5.2.1. Instrumento de Valoración de la Calidad de Vida de Cáncer de Pulmón**

El Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de Cáncer de Pulmón (en adelante, CVCP) en este estudio tiene su origen en otro instrumento que también evalúa la calidad de vida pero en enfermas de cáncer de mama, desarrollado por Font (Font, 1988; Font y Bayés, 1993) y al que se le han añadido cinco ítems específicos para el cáncer de pulmón que hacen referencia a los siguientes síntomas: disnea, afonía, dificultad para tragar, tos y expectoración. De esta manera, el instrumento queda constituido por 32 ítems (ver Anexo 9) presentados en forma de escalas analógicas visuales de 10 cm cada una (ver Anexo 11).

Estos ítems están agrupados en cuatro subescalas (ver Anexo 10):

- Subescala de Estatus Sintomático → 9 ítems
- Subescala de Estatus Funcional → 7 ítems
- Subescala de Estatus Emocional → 8 ítems
- Subescala de Estatus Social → 7 ítems

A estas escalas, se les añade un ítem aislado mediante el que se realiza una valoración global del enfermo sobre cómo su estado de salud influye en su vida durante un día, denominado “Valoración General del Día” (ver Anexo 10).

Figura 5.1 Ejemplo de un ítem del instrumento de valoración de la Calidad de Vida de Cáncer de Pulmón

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Dolor (últimas 24 horas)    |                                  |
| No ha sufrido ningún dolor. | Ha sufrido un dolor insoportable |

Lo que se pretende es que el instrumento que se ha creado para medir la calidad de vida de los enfermos con cáncer de pulmón cumpla una serie de características formales y metodológicas y, especialmente, que sea un instrumento válido y fiable, comprobación que se ha realizado en un trabajo previo (Juan, Blasco, Font, Pallarés y Sanz, 1999).

El instrumento que aquí se presenta valora la CVCP de los pacientes en las últimas 24 horas anteriores al momento de rellenar el cuadernillo. Esta franja temporal es idéntica a la pautada por Font (1988) y el hecho de que fuera un tiempo claramente definido, siempre el mismo, corto y reciente (prácticamente el estado actual) se pensó que contribuía a que las respuestas dadas por los pacientes fueran fiables.

El motivo por el cual se eligió el intervalo de tiempo de las últimas 24 horas es por la mayor facilidad para recordar lo que ha pasado el mismo día de la recogida de datos que para lo que pasó durante la última semana o hace un mes. Por otra parte, si se realiza una pregunta sobre el estado de salud y no se indica un período de tiempo determinado, cada paciente puede entender períodos diferentes que no resultan comparables por desconocerse el tiempo considerado en cada caso. Además, si se incluyen diferentes períodos de tiempo puede inducir a una posible confusión. Por último, cuando 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 que está experimentando (Font, 1988). El procedimiento de valoración de las 24 horas previas se ha mostrado válido en los estudios de cáncer de mama (Font, 1988) y de cáncer de pulmón (Juan et.al., 1999), y el uso de las escalas analógico-visuales está también



claramente validado en la bibliografía (Bovbjerg et al., 1992; Challis et al., 1992; Jacobsen et al., 1993).

El cuestionario tiene forma de cuadernillo e incluye los 32 ítems relacionados en el Anexo 9, más los 4 ítems de ejemplo que sirven para dar a conocer al paciente el instrumento y que por tanto adjuntan instrucciones explicativas sobre el modo de contestar las preguntas. Cada ítem se representa en una hoja diferente, de 22 x 10 cm. (un tercio de hoja tamaño Din A4). Los pacientes contestaban a cada uno de los 32 ítems haciendo una señal (generalmente una cruz) encima de la línea de cada escala analógico-visual. El extremo izquierdo de la escala siempre corresponde al valor “0” y el extremo derecho corresponde al valor “100” (que se ha considerado como “99” por razones prácticas en el momento de efectuar los análisis estadísticos).

Midiendo la distancia en milímetros, desde el inicio de la línea de la escala analógico-visual (parte izquierda) hasta el punto en el que la señal efectuada por el paciente corta la línea, se obtiene la puntuación numérica que le corresponde. De esta forma, el paciente indica en qué medida su estado de salud, sus reacciones psicológicas, o sus relaciones sociofamiliares, han quedado afectadas a causa de la enfermedad en las 24 horas previas al momento de la evaluación.

Un valor alto significa mayor dificultad en el aspecto en cuestión. Por tanto, cuando una persona considera un determinado valor como problemático, señala una alta puntuación en este aspecto. Cuando el paciente considera que un aspecto determinado no ha variado (por lo menos debido al estado de salud), señala la puntuación “0”. Por otra parte, a fin de evitar cualquier tendencia de respuesta que pudiera estar influenciada por el orden de presentación de los ítems, estos se presentaron al azar y el ítem de la “Valoración General del Día” al final (ver Anexo 11). Sin embargo, a la hora de presentar los resultados en el capítulo 8, se han ordenado los 32 ítems desde el punto de vista lógico/conceptual para facilitar una mayor comprensión.

Los ítems se dividen en dos grupos según su formulación:

- 1) Los ítems que hacen referencia a aspectos funcionales y sociales y el ítem “Valoración General del Día” (ver Anexo 11) están formulados preguntando en el sentido de reducción, es decir, evaluando cómo disminuyen estos aspectos a lo largo de la enfermedad.
- 2) En cambio, los ítems sintomáticos y psicológicos (ver Anexo 11) están formulados en el sentido de incremento, ya que se considera que una pérdida de la calidad de vida conlleva una reducción de los primeros (disminución de la capacidad funcional y de las relaciones sociales) y un aumento de los segundos (aumento de los síntomas y del malestar psicológico).

En un principio se pensó en utilizar el “Índice de Adaptación al Cáncer de Pulmón”, elaborado a partir de una réplica del “Índice de Adaptación al Cáncer de Mama” creado por Blasco y Bayés (1992) y que a su vez fue desarrollado a partir del instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de Cáncer de Mama de Font (1988).

### **5.2.2. Ítems Clínicamente Relevantes**

Si bien el CVCP nos da una medida adecuada del estado del paciente, en sus puntuaciones por subescalas debemos tener presente la posibilidad de enmascarar ciertas situaciones que son clínicamente relevantes al promediar variables del estado del individuo que cambian muy rápidamente con otras que en algunos casos prácticamente no varían en los primeros momentos de la enfermedad. Por esta razón, nos parece oportuno finalizar la descripción de la evolución de la CV presentando los resultados de algunos ítems escogidos por ser considerados clínicamente relevantes según la opinión de los médicos oncólogos y de los psicólogos clínicos.

Los ítems que hemos considerado relevantes también coinciden con los escogidos por Font (1989), pues suelen ser los más sobresalientes y específicos en el malestar físico y psicológico de los enfermos oncológicos. Estos ítems son los siguientes:

“Dolor”, “Ansiedad”, “Estado de Ánimo”, “Miedo” y “Valoración General del Día”. El ítem “Dolor” pertenece a la subescala de Estatus Sintomático y los ítems “Ansiedad”, “Estado de Ánimo” y “Miedo” corresponden a la subescala Estatus Emocional y el ítem “Valoración General del Día”, que en principio también correlaciona fuertemente con la subescala Estatus Emocional, se caracteriza por su posible utilización independiente del resto de ítems del CVCP y por ser un ítem que se ve afectado por todos los demás, pues representa una valoración global de ellos.

### **5.2.3. El Índice de Karnofsky**

El Índice de Karnofsky es una escala de valoración del Estatus Funcional (Karnofsky y Buchenal, 1949). Es un intento de evaluar la CV 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, utilizando una escala de 11 puntos (cuyo rango abarca del 0% (valor 1) al 100% (valor 11)).

Generalmente es el médico el que, a partir de la observación del paciente y haciéndole una serie de preguntas, decide la posición que ocupa el enfermo en el Índice Karnofsky (ver Anexo 6), desde “completamente normal” (valor 100%) hasta “fallecido” (valor 0%). Por ejemplo, una persona capaz de cuidar de sí misma, pero incapaz de realizar un trabajo activo o de llevar a cabo una vida normal posee un Karnofsky de “70%”.

En lo que se refiere al presente estudio, el Karnofsky era evaluado por la oncóloga encargada del paciente cada vez que éste venía a la consulta y, a la vez, coincidía con cada pasada del cuestionario de CV. Cuando el Karnofsky era menor de 50%, el sujeto era excluido del ensayo clínico. La razón por la que se utilizó el Karnofsky es porque constituye un estándar de referencia en ensayos clínicos como el que aquí se describe.

#### **5.2.4. Escala de Juicios de Control de los Agentes de Salud**

La Escala de los JCAS que utilizaremos en esta investigación es la creada inicialmente por Font (1989) y está reproducida en el Anexo 7. Aún cuando este autor la denomina Escala de Locus de Control de la Salud, creemos que en realidad mide los JCAS, ya que si la comparamos con la escala original de Wallston, Wallston y De Vellis (1978) (ver Anexo 3) se aprecia que las dos escalas no evalúan los mismos aspectos (p. e. la escala de Wallston evalúa “cuáles son las creencias de los pacientes acerca de qué agentes depende su salud en general” y el instrumento aquí propuesto evalúa “cuáles son los agentes que el paciente juzga como influyentes en la curación de su enfermedad”).

Los dos instrumentos tienen en cuenta la salud pero Wallston formula las preguntas de forma distinta a Font. Este último lo hace de forma específica para el cáncer mientras que Wallston lo hace sobre la salud en general. Por otro lado, el número de ítems es mucho más reducido en la escala de Font (lo cual se considera adecuado para no causar más fatiga a los enfermos con una tarea demasiado ardua). Sin embargo, y dado que en los ítems formulados por Font siempre se hace referencia a los elementos de los que depende la curación, consideramos que en realidad estos ítems están valorando Juicios de Control de los Agentes de Salud (JCAS) en el sentido descrito en el apartado 1.3.

Para el pase de la escala JCAS (ver Anexo 7) se presentó en una hoja con la siguiente pregunta de introducción: “¿De qué cree usted que depende en su caso una solución totalmente positiva para sus problemas de salud?”. Cada paciente contestaba en qué medida (“nada”, “un poco”, “bastante” o “mucho”) su curación dependía de los siguientes 9 motivos (ítems): “de la suerte”, “del médico”, “del tipo de hospital”, “de su destino”, “de mis ganas de curarme”, “de que cumpla exactamente lo que dicen los médicos”, “de lo que yo haga”, “de los medicamentos” y “del tratamiento”.

Desde este planteamiento, los ítems se interpretan del modo siguiente:

- tres ítems valoran el juicio sobre el agente de salud cuando éste se refiere al propio individuo (los ítems son: “de lo que yo haga”, “de mis ganas de curarme” y “de que cumpla exactamente lo que dicen los médicos”) y constituyen el Juicio de Control sobre los Agentes de Salud Interno (en adelante, JCASI),
- cuatro ítems valoran el juicio de control cuando el agente de salud se refiere al médico o las atenciones médicas (los ítems son: “del médico”, “del tratamiento”, "del tipo de hospital" y "de los medicamentos") y constituyen el Juicio de Control sobre los Agentes de Salud Externo (en adelante, JCASE) y,
- los dos ítems restantes valoran el juicio del paciente respecto al grado en que su curación depende del destino y de la suerte o azar (los ítems son: “de la suerte” y “del destino”), y constituyen el Juicio de Control sobre los Agentes de Salud de Azar (en adelante, JCASA).

#### **5.2.5. La Supervivencia**

La Supervivencia se evaluó, como es habitual en todos los estudios médicos, contabilizando los días de vida desde el día en que el sujeto entró en el estudio hasta el día de su fallecimiento por causa de la enfermedad.

### **5.3. PROCEDIMIENTO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación formaba parte, como ya se ha mencionado anteriormente, de un ensayo clínico médico aleatorio (se distribuían al azar a los enfermos en los dos grupos de tratamiento: quimioterapia o radioterapia paliativas) donde se evaluaba la eficacia de dos tratamientos oncológicos. Por un lado, se intentaba valorar cuál de los dos tratamientos proporcionaba una mejor CV a los enfermos y, por otro lado, cuál aumentaba la supervivencia.

## 5. Metodología de la Investigación

La recogida de datos tuvo lugar en uno de los dispensarios del Servicio de Oncología Médica y Radioterapia del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, en el que se realizaban visitas ambulatorias. El primer contacto con cada paciente se realizó el día en que éste acudía a la primera visita con la oncóloga (después de una visita previa exploratoria) para ser informado del diagnóstico y del tratamiento que debía recibir (seleccionando aleatoriamente el tipo de tratamiento). Al finalizar la visita con la oncóloga, la cual previamente había dado al paciente una puntuación en la Escala de Karnofsky, y si el paciente estaba de acuerdo, era remitido a un despacho cercano donde la psicóloga le esperaba para explicarle el motivo de la entrevista y ayudarle a cumplimentar los instrumentos mencionados al principio de este apartado (el CVCP y el JCAS).

Una vez en el despacho de la psicóloga, la presentación de ésta se efectuaba de la siguiente forma:

*“Buenos días, me llamo Eva Juan, soy psicóloga, y estoy realizando un trabajo en este hospital, en colaboración con la Dra. Cinta Pallarés. Si no tiene inconveniente, me gustaría hacerle unas preguntas sobre cómo se encuentra usted actualmente. Las preguntas están escritas en este cuadernillo. Puede leerlas y contestarlas usted mismo, o si prefiere, yo puedo leerle cada una de las preguntas y usted las contesta, pero primero le voy a leer cada una de las instrucciones y haremos unos ejemplos para aprender a contestar las preguntas que vienen a continuación”.*

En la mayoría de los casos se aclaró que era importante que respondiera a todas las preguntas pues así se tendría un conocimiento más profundo de su situación actual en relación a la enfermedad y al tratamiento. Los 92 sujetos de la muestra contestaron a todos los ítems, con excepción del ítem “actividad laboral” que lo rellenaron 60 pacientes pues los restantes 32 estaban jubilados. Igualmente, el ítem “preocupación por los hijos” lo rellenaron 76 pacientes ya que los 16 que no respondieron no tenían hijos y finalmente el ítem “relaciones de pareja” lo rellenaron 78 pacientes pues 14 de ellos no tenían pareja.

Si el paciente tenía dificultades para leer en ese momento las preguntas (cosa bastante frecuente dado el impacto emocional que a veces producía la información recibida sobre el tratamiento al que iban a ser sometidos), la psicóloga leía las instrucciones (ver Anexo 11) y los ítems. Además, se pedía al familiar que lo acompañaba que estuviera atento a las explicaciones para ayudar al paciente a cumplimentar los siguientes cuadernillos en caso de que fuera necesario.

Cada paciente rellenaba el primer cuadernillo en nuestra presencia, pudiendo preguntar en cualquier momento si tenía alguna duda. Para contestar, el paciente disponía de todo el tiempo que necesitara (un promedio de 30 minutos). Cuando el paciente había terminado de rellenar el cuestionario, se le entregaba otro cuadernillo para que lo rellenara en casa el día anterior a la próxima visita con la oncóloga, que siempre era pauta cada tres semanas. En cada una de las visitas subsiguientes con la oncóloga se pedía el cuadernillo al paciente y se le preguntaba si había tenido algún problema en rellenar algún ítem, para, si era necesario, ayudarlo a cumplimentarlo en ese momento. A continuación, se le proporcionaba un nuevo cuadernillo que debía cumplimentar de acuerdo a la pauta que acabamos de describir.

Para este estudio, se ha tenido en cuenta los datos recogidos en los cuatro primeros pases o recogidas de datos del instrumento que, como ya se ha dicho, se hacían cada 3 semanas coincidiendo siempre con la visita previa a la siguiente sesión de quimioterapia o radioterapia. La razón de no realizar más pases, aunque se entregaban los cuadernillos a los pacientes cada tres semanas mientras pudieran rellenarlos, es debido a que, como veremos más adelante (ver capítulo 6), la pérdida de pacientes se incrementaba en cada pase (por fallecimiento o extremo deterioro físico del enfermo que le impedía continuar la investigación), y a partir del cuarto, la pérdida de éstos constituía aproximadamente la mitad de la muestra total. Concretamente, si bien partíamos de una muestra de 92 pacientes en el primer pase, en el segundo se redujo a 75 pacientes, en el tercero a 62 pacientes y en el cuarto a 48 pacientes.

## **6. ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CVCP Y DEL JCAS**

Dado que en esta investigación se han utilizado dos instrumentos novedosos (por un lado el CVCP fue publicado en 1997 y, por otro lado, el JCAS es una reformulación del instrumento de evaluación del LC de Font(1989) que no fue vuelta a revisar desde su publicación) nos vemos obligados a analizar su Validez (capacidad de la puntuación verdadera para reflejar lo que el test intenta medir) y su Fiabilidad (grado en que la puntuación observada representa a la puntuación verdadera).

Para analizar la Validez y la Fiabilidad del CVCP y del JCAS en esta investigación hemos utilizado dos opciones de la aplicación de análisis estadístico SPSS 8.0 para Windows: el Análisis Factorial Varimax con rotación y el coeficiente Alfa de Cronbach, respectivamente.

Los resultados de este apartado se presentarán en dos bloques diferenciados:

1. Análisis de Validez y Fiabilidad del CVCP y,
2. Análisis de Validez y Fiabilidad del JCAS

### **6.1. ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL CVCP**

#### **6.1.1. Análisis de Validez del CVCP**

Si bien la Validez de Contenido, la Validez de Criterio y la Validez de Constructo del CVCP están avaladas por un trabajo de investigación previo con los primeros 50 sujetos del ensayo clínico (Juan, 1997), creemos oportuno verificar otra vez que, la Validez de Constructo se sigue manteniendo con la totalidad de datos de la muestra (92 sujetos). Para ello, y al igual que hicimos en la investigación previa (Juan, 1997), utilizaremos la técnica del análisis factorial. En concreto, usaremos la opción



Análisis Factorial Varimax con rotación de la aplicación SPSS, considerando los 32 ítems del instrumento y forzando la factorialización con 4 factores (que describiremos más adelante).

La función del análisis factorial es agrupar a los ítems que guardan relación unos con otros formando uno o varios factores. Es de esperar que los ítems que están lógicamente o teóricamente relacionados, en la práctica se agrupen y correlacionen más entre sí. Una vez aplicado el análisis factorial al CVCP, observamos que los ítems se agrupan de forma consistente en cuatro factores que podemos denominar: Estatus Sintomático, Estatus Funcional, Estatus Emocional y Estatus Social, y que coinciden con las cuatro subescalas del instrumento del estudio previo (Juan, 1997) descritas en el apartado 5.2.1. (ver Anexo 10).

El porcentaje de varianza explicado por esta estructura factorial con 4 factores en cada uno de los cuatro pases se indica en la tabla 6.1.

*Tabla 6.1. Porcentaje de varianza explicada del instrumento CVCP por la estructura de 4 factores en cada uno de los 4 pases.*

|   | <b>Pase 1<br/>(n=92)</b> | <b>Pase 2<br/>(n=75)</b> | <b>Pase 3<br/>(n=62)</b> | <b>Pase 4<br/>(n=48)</b> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA</b> | 53.68                    | 65.89                    | 70.49                    | 72.80                    |

Dado que no existe una norma general que indique qué valor de varianza explicado es el mínimo aconsejable para aceptar que una estructura factorial es adecuada, en el presente caso, hemos querido ser un poco restrictivos y hemos considerado que a partir de un valor de 0.60 es satisfactorio tal como apunta Martínez (1995).

Podemos observar que esta condición se cumple en todos los casos, aunque en el pase 1, el valor observado en términos de porcentaje de varianza explicada (53.68) es más bajo que en los siguientes pases. Esto podría explicarse por la poca dispersión de puntuaciones que hay en este momento (según Martínez (1995), cuanto más variables son las respuestas de los sujetos, mejor es su validez) pues, aunque la enfermedad de los sujetos es avanzada, no se han manifestado todavía la mayoría de

los síntomas y no es hasta el segundo pase cuando ya están sometidos a tratamiento (quimioterapia y radioterapia), que empiezan a manifestarse síntomas secundarios a éste, a lo que se añade la progresión sintomática de la enfermedad a lo largo de los 4 pases. Otra explicación a estos resultados sería el hecho de que se produzca una mayor agrupación de las variables entre sí a partir del pase 2 cuando el tratamiento ya está haciendo su efecto, así como la antes mencionada rápida progresión de la enfermedad.

Resumiendo, podemos observar en la tabla 6.1. que los valores de varianza explicados son bastante satisfactorios y aumentan a lo largo de los pases. Además, y teniendo en cuenta que al mismo tiempo disminuye considerablemente el número de pacientes, podemos concluir que la Validez de Constructo del CVCP se mantiene a lo largo del tiempo.

#### **6.1.2. Análisis de Fiabilidad del CVCP**

Las mediciones psicológicas, como las de cualquier otra ciencia, han de ser fiables, es decir, han de estar libres de errores de medida. Un test será fiable si cada vez que se aplica a los mismos sujetos da el mismo resultado (Muñiz, 1994). El hecho de que las mediciones repetidas no dupliquen exactamente los resultados revela falta de fiabilidad en el instrumento (Martínez, 1995). La *fiabilidad* indica la consistencia de las puntuaciones y la precisión con la que mide un instrumento un constructo determinado, o dicho de otra manera, es el grado de acuerdo o correspondencia entre las medidas que deberían ser iguales si no existiesen errores de medición (Muñiz, 1994). Un instrumento no sería fiable si cada vez generase mediciones distintas de una misma variable que se supone estable.

En este caso, y una vez constatada la Validez de Constructo mediante la comprobación de la equivalencia entre las cuatro subescalas teóricamente previstas, y los cuatro factores observados, la mejor manera de analizar la fiabilidad del CVCP es mediante el coeficiente de fiabilidad denominado Alfa de Cronbach, que informa del grado con el que covaría un grupo de ítems o, lo que es lo mismo, de la consistencia interna entre ellos, mediante el análisis de agrupación en torno a una dimensión

determinada. El Alfa de Cronbach, aumenta al mismo tiempo que se incrementan las covarianzas, es decir, cuanto más covarían los ítems entre sí más aumenta la consistencia interna del test. Sin embargo, no tenemos la total garantía de que esta covariación indique la dimensión de lo que queremos medir, y cuanto más se acerca el valor Alfa a 1 (cuya oscilación es de 0 a 1), más fiabilidad posee la subescala.

En el presente estudio hemos calculado el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach estandarizado mediante la opción Reliability de la aplicación SPSS para cada subescala en los 4 pases (ver tabla 6.2.).

Debemos aclarar que los investigadores también difieren en lo que debe ser una buena fiabilidad, pero en líneas generales, hay acuerdo en que existe una fiabilidad satisfactoria a partir del valor alfa 0.70 (Martínez, 1995).

*Tabla 6.2. Evolución de las fiabilidades (valoradas con el índice Alfa de Cronbach) del instrumento CVCP en cada una de las subescalas para los 4 pases.*

| <i>Subescala</i> | <i>Alfa</i> | <i>n</i> |
|------------------|-------------|----------|
| E. Sintomático 1 | 0.70        | 92       |
| E. Sintomático 2 | 0.78        | 75       |
| E. Sintomático 3 | 0.74        | 62       |
| E. Sintomático 4 | 0.82        | 48       |
| E. Funcional 1   | 0.77        | 92       |
| E. Funcional 2   | 0.84        | 75       |
| E. Funcional 3   | 0.80        | 62       |
| E. Funcional 4   | 0.85        | 48       |
| E. Emocional 1   | 0.86        | 92       |
| E. Emocional 2   | 0.85        | 75       |
| E. Emocional 3   | 0.90        | 62       |
| E. Emocional 4   | 0.91        | 48       |
| E. Social 1      | 0.73        | 92       |
| E. Social 2      | 0.73        | 75       |
| E. Social 3      | 0.86        | 62       |
| E. Social 4      | 0.82        | 48       |
| CVCP Global      | 0.91        | 92       |

Si observamos los resultados de la tabla 6.2., vemos que la consistencia interna es bastante satisfactoria pues la mayoría de Alfas superan el 0.80 y el mínimo encontrado es de 0.70 (valor que consideramos bastante satisfactorio), tanto para las cuatro subescalas en los cuatro pases como para el instrumento global, ya que los valores del índice Alfa oscilan entre 0.70 y 0.91.

## **6.2. ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD DEL JCAS**

### **6.2.1. Análisis de Validez del JCAS**

Al igual que en el apartado 6.1.1., realizaremos un análisis factorial de los JCAS para confirmar que realmente está formado por las tres subescalas teóricas previstas por Font (1989). Para realizar el análisis factorial hemos utilizado la opción Varimax con rotación de la aplicación SPSS, considerando los 9 ítems originales del instrumento. Debemos recordar (ver apartado 5.1.) que para este instrumento la muestra inicial es de 90 sujetos.

Las siguientes tablas, contienen la matriz de factores rotados cuyos valores son superiores a 0.60 del análisis factorial de los 4 pases forzado para extraer 3 factores (tablas 6.3. a 6.6.).

*Tabla 6.3. Análisis Factorial del pase 1 forzado para extraer 3 factores en el JCAS de 9 ítems (n=90).*

| <b>Ítems</b>                 | <b>Factor 1</b> | <b>Factor 2</b> | <b>Factor 3</b> |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| de la suerte 1               | 0.87            |                 |                 |
| del destino 1                | 0.82            |                 |                 |
| del médico 1                 |                 | 0.84            |                 |
| del tratamiento 1            |                 | 0.90            |                 |
| de lo que yo haga 1          |                 | 0.63            | 0.43            |
| de las ganas de curarme 1    |                 |                 | 0.76            |
| de cumplir con los médicos 1 |                 |                 | 0.84            |
| de los medicamentos 1        |                 |                 | 0.54            |

6. *Análisis de Validez y Fiabilidad del CVCP y del JCAS*

|                        |  |  |      |
|------------------------|--|--|------|
| del tipo de hospital 1 |  |  | 0.48 |
|------------------------|--|--|------|

Tabla 6.4. *Análisis Factorial del pase 2 forzado para extraer 3 factores en el JCAS de 9 ítems (n=74).*

| Ítems                       | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|-----------------------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 2              | 0.85     |          |          |
| del destino 2               | 0.81     |          |          |
| del médico 2                |          | 0.78     |          |
| del tratamiento 2           |          | 0.92     |          |
| de lo que yo haga 2         |          | 0.64     |          |
| de las ganas de curarme2    |          |          | 0.65     |
| de cumplir con los médicos2 |          |          | 0.87     |
| de los medicamentos 2       |          |          | 0.63     |
| del tipo de hospital 2      | 0.60     |          |          |

Tabla 6.5. *Análisis Factorial del pase 3 forzado para extraer 3 factores en el JCAS de 9 ítems (n=61).*

| Ítems                        | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 3               | 0.86     |          |          |
| del destino 3                | 0.81     |          |          |
| del médico 3                 |          | 0.94     |          |
| del tratamiento 3            |          | 0.92     |          |
| de lo que yo haga 3          |          | 0.41     | 0.60     |
| de las ganas de curarme 3    |          |          | 0.85     |
| de cumplir con los médicos 3 |          |          | 0.51     |
| de los medicamentos 3        |          | 0.48     |          |
| del tipo de hospital 3       |          |          | 0.41     |

Tabla 6.6. *Análisis Factorial del pase 4 forzado para extraer 3 factores en el JCAS de 9 ítems (n=47).*

| Ítems          | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|----------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 4 | 0.89     |          |          |
| del destino 4  | 0.89     |          |          |

|                              |  |      |      |
|------------------------------|--|------|------|
| del médico 4                 |  | 0.90 |      |
| del tratamiento 4            |  | 0.95 |      |
| de lo que yo haga 4          |  | 0.45 | 0.46 |
| de las ganas de curarme 4    |  |      | 0.59 |
| de cumplir con los médicos 4 |  |      | 0.87 |
| de los medicamentos 4        |  |      | 0.88 |
| del tipo de hospital 4       |  |      | 0.52 |

Tabla 6.7. Porcentaje de varianza explicada del instrumento JCAS por la estructura de 3 factores y 9 ítems en cada uno de los 4 pases.

|   | Pase 1<br>(n=92) | Pase 2<br>(n=75) | Pase 3<br>(n=62) | Pase 4<br>(n=48) |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA</b> | 62.42            | 66.13            | 63.97            | 69.79            |

El análisis factorial confirmatorio de la estructura del instrumento muestra que el ítem “del tipo de hospital” se mueve de un factor a otro en los diferentes pases y, además, sólo una vez cumple un valor de saturación de 0.60, (que se considera que es el valor mínimo que debe tener un ítem para incorporarlo a un factor). Esto podría explicarse por dos causas: que la pregunta pueda ser confusa o mal interpretada por los pacientes; o que la misma no resulte relevante para ellos. En consecuencia, creemos oportuno eliminar el ítem "del tipo de hospital" del instrumento.

El ítem “de lo que yo haga” se suele repartir entre dos factores (ver las tablas 6.3., 6.5. y 6.6.) por lo que, al igual que con el ítem anterior, consideramos necesario eliminarlo. En este caso, la explicación de la baja consistencia de este ítem con su factor teórico correspondiente podría ser debida a la existencia de una relación concomitante entre los factores JCASI y JCASE.

De forma similar procederemos con el ítem “de los medicamentos”, que también cambia de factor y no cumple el valor de saturación de 0.60 en los pases 1 y 3 (ver las tablas 6.3. y 6.5.). La explicación de estos resultados podría poner en evidencia

que los pacientes entienden este ítem como la medicación que el paciente toma en casa por lo que quizás sea un ítem poco relevante para ellos.

Como podemos ver, el análisis factorial anterior confirma que existen algunos ítems dudosos en cuanto a la asignación a las subescalas teóricamente previstas, o quizás que las interpretaciones de los ítems varían según la opinión del paciente o incluso según el momento del tratamiento. Es por ello que nos hemos visto obligados a realizar un segundo análisis factorial en cada uno de los 4 países forzando los 3 factores pero excluyendo los tres ítems eliminados en el primer análisis factorial (ver las tablas 6.8. a 6.12.), con el fin de asegurar la consistencia del instrumento.

*Tabla 6.8. Análisis Factorial del pase 1 forzado para extraer 3 factores en el JCAS con 6 ítems (n=90).*

| Ítems                        | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 1               | 0.86     |          |          |
| del destino 1                | 0.83     |          |          |
| del médico 1                 |          | 0.90     |          |
| del tratamiento 1            |          | 0.91     |          |
| de las ganas de curarme 1    |          |          | 0.87     |
| de cumplir con los médicos 1 |          |          | 0.84     |

*Tabla 6.9. Análisis Factorial del pase 2 forzado para extraer 3 factores en el JCAS con 6 ítems (n=74).*

| Ítems                        | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 2               | 0.88     |          |          |
| del destino 2                | 0.82     |          |          |
| del médico 2                 |          | 0.85     |          |
| del tratamiento 2            |          | 0.93     |          |
| de las ganas de curarme 2    |          |          | 0.71     |
| de cumplir con los médicos 2 |          |          | 0.87     |

*Tabla 6.10. Análisis Factorial del pase 3 forzado para extraer 3 factores en el JCAS con 6 ítems (n=61).*

| Ítems                        | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 3               | 0.88     |          |          |
| del destino 3                | 0.89     |          |          |
| del médico 3                 |          | 0.96     |          |
| del tratamiento 3            |          | 0.93     |          |
| de las ganas de curarme 3    |          |          | 0.85     |
| de cumplir con los médicos 3 |          |          | 0.68     |

Tabla 6.11. Análisis Factorial del pase 4 forzado para extraer 3 factores en el JCAS con 6 ítems (n=47).

| Ítems                        | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|------------------------------|----------|----------|----------|
| de la suerte 4               | 0.90     |          |          |
| del destino 4                | 0.91     |          |          |
| del médico 4                 |          | 0.95     |          |
| del tratamiento 4            |          | 0.94     |          |
| de las ganas de curarme 4    |          |          | 0.87     |
| de cumplir con los médicos 4 |          |          | 0.80     |

Tabla 6.12. Porcentaje de varianza explicada del instrumento JCAS por la estructura de 6 ítems y 3 factores en cada uno de los 4 pases.

|   | Pase 1<br>(n=90) | Pase 2<br>(n=74) | Pase 3<br>(n=61) | Pase 4<br>(n=47) |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>PORCENTAJE DE VARIANZA EXPLICADA</b> | 78.20            | 77.55            | 80.19            | 83.76            |

El resultado de este segundo análisis factorial indica que los tres factores propuestos están en realidad formados por dos ítems cada uno, con unas cargas factoriales sensiblemente satisfactorias (que oscilan entre 0.71 y 0.96) y muy estables (con valores bastante superiores a 0.60).



Por otro lado, el porcentaje de varianza explicado en cada pase con esta estructura de ítems (el JCAS con 6 ítems) es notablemente más satisfactorio (ver tabla 6.12.) que el encontrado en el análisis factorial del JCAS con 9 ítems. Si comparamos las tablas 6.7. y 6.12. podemos observar que los valores de las varianzas del análisis factorial del JCAS con 6 ítems son superiores al del JCAS con 9. Por lo tanto, este hecho sería un motivo más que justificaría la supresión de los tres ítems antes comentados.

A partir de aquí, los factores resultantes del instrumento JCAS los denominaremos del siguiente modo:

- *JCASI*: Factor de Juicios de Control sobre los Agentes de Salud Internos, que está formado por los ítems “de las ganas de curarme” y “de que cumpla exactamente lo que dicen los médicos” (ver Anexo 8).
- *JCASE*: Factor de Juicios de Control sobre los Agentes de Salud Externos, que está formado por los ítems “del médico” y “del tratamiento” (ver Anexo 8).
- *JCASA*: Factor de Juicios de Control sobre los Agentes de Salud de Azar, que está formado por los ítems “de la suerte” y “del destino” (ver Anexo 8).

### **6.2.2. Análisis de Fiabilidad del JCAS**

Al igual que en el apartado 6.1.2., y a partir de la estructura del JCAS con 6 ítems establecida en el apartado 6.2.1., hemos calculado el Alfa de Cronbach estandarizado (mediante la opción Reliability de la aplicación SPSS) para las 3 subescalas (con 2 ítems cada una) y en los 4 pases. Los resultados se indican en la tabla 6.13.

Tabla 6.13. Evolución de las fiabilidades en cada una de las subescalas del JCAS para los 4 pases.

| Subescala | Alfa | n  |
|-----------|------|----|
| JCASI 1   | 0.68 | 90 |
| JCASI 2   | 0.51 | 74 |
| JCASI 3   | 0.34 | 61 |
| JCASI 4   | 0.61 | 47 |
| JCASE 1   | 0.82 | 90 |
| JCASE 2   | 0.79 | 74 |
| JCASE 3   | 0.92 | 61 |
| JCASE 4   | 0.93 | 47 |
| JCASA 1   | 0.63 | 90 |
| JCASA 2   | 0.67 | 74 |
| JCASA 3   | 0.75 | 61 |
| JCASA 4   | 0.81 | 47 |

En la tabla 6.13. se puede observar que los factores JCASA y JCASE mantienen una fiabilidad bastante satisfactoria (entre 0.63 y 0.93), aunque en algunos casos baje de 0.70. Sin embargo, el factor JCASI es bastante irregular y sorprendente, mostrando unos valores en general bajos y en particular uno de muy bajo en el tercer pase (0.34). Este valor, aunque es una incógnita, quizás se explique por una posible dispersión de puntuaciones distinta en cada grupo de tratamiento (quimioterapia o radioterapia). A pesar de ello, consideraremos que esto no invalida la utilización de esta subescala, por lo que la utilizaremos con esta estructura en los posteriores análisis de datos. No obstante, seremos cautos en la interpretación de los resultados que se obtengan.

Por lo tanto, y a modo de resumen de este capítulo, debemos concluir que los dos instrumentos de evaluación creados (el CVCP y el JCAS), previa corrección de las inconsistencias detectadas y efectuadas todas las manipulaciones estadísticas posibles para depurarlos, superan los análisis de Validez y Fiabilidad, por lo que se podrán emplear en esta investigación para desarrollar los objetivos planteados.

## **7. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL CVCP, DEL ÍNDICE KARNOFSKY, DE LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE RELEVANTES, DEL JCAS Y DE LA SUPERVIVENCIA**

En este apartado, se presentan los resultados de los análisis descriptivos de los tres instrumentos utilizados en esta investigación, de los ítems Clínicamente Relevantes que forman parte del CVCP y de la Supervivencia. Así, en primer lugar, mostramos los datos del análisis descriptivo de la CV de los enfermos de cáncer de pulmón a partir del CVCP. En segundo lugar, procedemos del mismo modo con la CV funcional expresada por el Índice Karnofsky. En tercer lugar, detallamos los análisis descriptivos de los ítems Clínicamente Relevantes. En cuarto lugar, exponemos los resultados descriptivos referidos a los Juicios de Control de los Agentes de Salud extraídos del JCAS. Y por último, mostramos los análisis descriptivos para la Supervivencia. Cada subapartado está dividido en dos partes, la primera donde se analizan los datos para la muestra global (de 92 sujetos) y, la segunda donde los análisis son en función del grupo de tratamiento a que pertenezcan los sujetos (radioterapia = 45 sujetos y quimioterapia = 47 sujetos).

### **7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL CVCP A LO LARGO DE LOS 4 PASES**

#### **7.1.1. Descripción de la muestra global**

En la tabla 7.1., se reflejan las puntuaciones medias obtenidas por los pacientes de la muestra global en cada una de las subescalas del instrumento CVCP a lo largo de los 4 pases.

Como se puede observar, en la subescala Estatus Sintomático las medias oscilan entre 15.32 y 18.61, con unas dispersiones que van de 12.82 a 14.51 (ver gráfico 7.1.). Las puntuaciones medias de la subescala Estatus Funcional oscilan entre los valores 21.64 y 25.28, con unas dispersiones bastante elevadas en torno a 18 en los

pases 1, 2 y 4, sin embargo en el pase 3 bajan a 14.62 (ver gráfico 7.2.). En la subescala Estatus Emocional las medias oscilan entre 19.15 y 23.16, con unas dispersiones que van desde 19.45 hasta 21.80 (ver gráfico 7.3.). Finalmente, en la subescala Estatus Social observamos unas medias que oscilan entre 13.53 y 18.70, con unas dispersiones que van desde 14.22 hasta 18.22 (ver gráfico 7.4.).

Al observar cada subescala en los 4 pases, apreciamos que en las tres primeras no existen grandes diferencias, y sólo en la subescala Estatus Social se observa una mayor diferencia de 5 puntos entre las medias del pase 1 ( $x=13.53$ ) y el pase 2 ( $x=18.70$ ).

Como podemos apreciar, las puntuaciones medias más elevadas se encuentran en la subescala Estatus Funcional y en la subescala Estatus Emocional respectivamente, lo que significa que éstas son las áreas más afectadas de la CV para este tipo de enfermos.

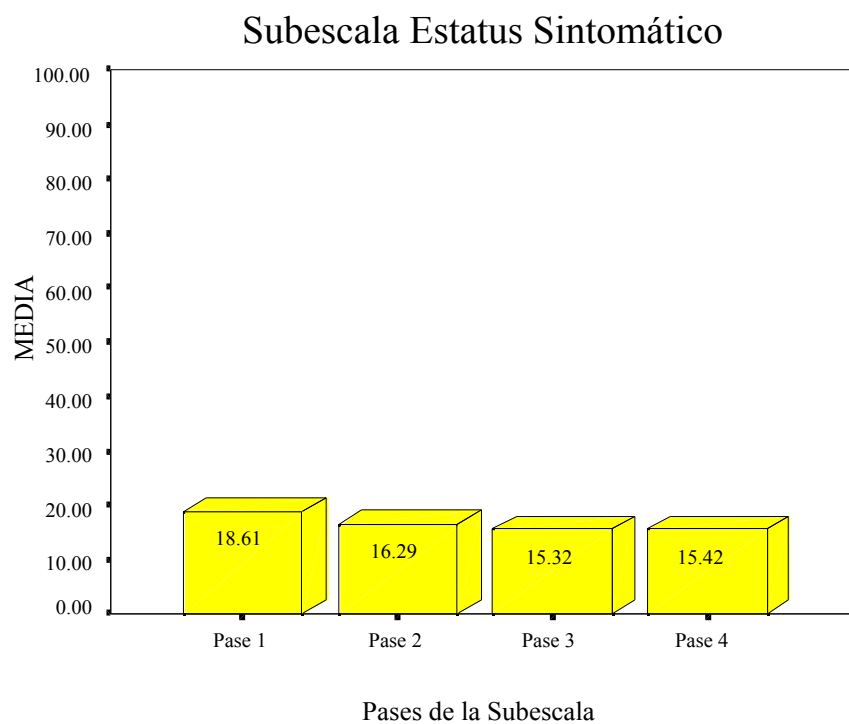
En general, teniendo en cuenta que las escalas analógico-visuales se puntúan de 0 a 100, las medias obtenidas en las cuatro subescalas son relativamente bajas teniendo presente la gravedad de los enfermos (recordamos que son enfermos en estadios de enfermedad avanzada y muy avanzada). Sin embargo, observamos unas dispersiones bastante elevadas en las 4 subescalas a lo largo de los 4 pases, lo que indica que existe una gran variabilidad de puntuaciones de los sujetos de esta muestra.

7. Análisis Descriptivos del CVCP, del Índice Karnofsky, de los Ítems Clínicamente Relevantes, del JCAS y de la Supervivencia

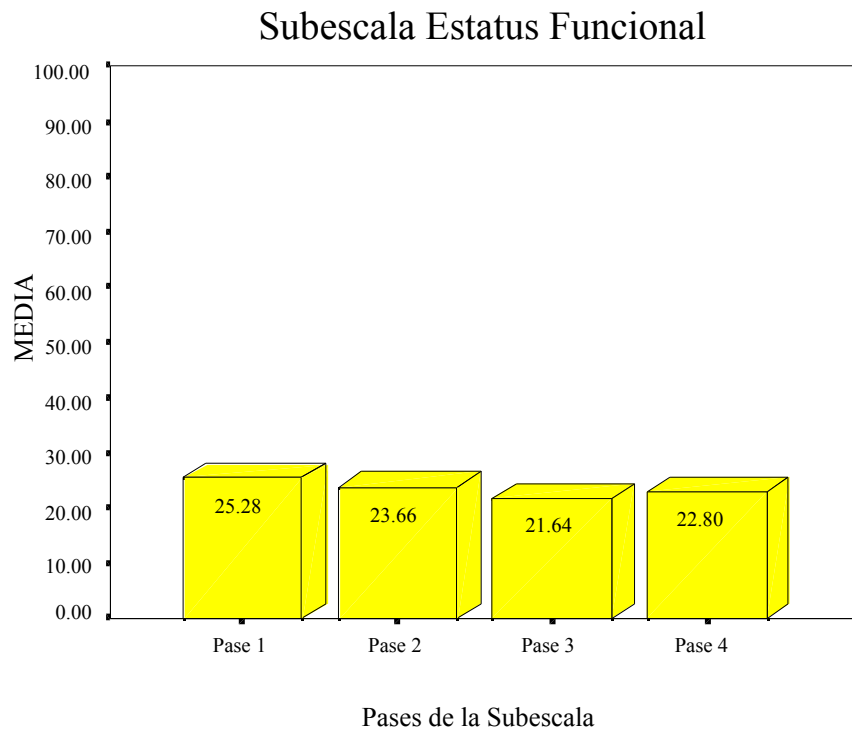
Tabla 7.1. Medias y Desviaciones Estándar de las diferentes subescalas del CVCP en los 4 pases.

| Subescalas       | media | sd    | n  |
|------------------|-------|-------|----|
| E. Sintomático 1 | 18.61 | 13.55 | 92 |
| E. Sintomático 2 | 16.29 | 13.82 | 75 |
| E. Sintomático 3 | 15.32 | 12.48 | 62 |
| E. Sintomático 4 | 15.42 | 14.51 | 48 |
| E. Funcional 1   | 25.28 | 18.50 | 92 |
| E. Funcional 2   | 23.65 | 18.25 | 75 |
| E. Funcional 3   | 21.64 | 14.62 | 62 |
| E. Funcional 4   | 22.80 | 18.73 | 48 |
| E. Emocional 1   | 22.09 | 21.80 | 92 |
| E. Emocional 2   | 23.16 | 19.45 | 75 |
| E. Emocional 3   | 21.84 | 21.01 | 62 |
| E. Emocional 4   | 19.15 | 19.73 | 48 |
| E. Social 1      | 13.53 | 14.22 | 92 |
| E. Social 2      | 18.70 | 16.47 | 75 |
| E. Social 3      | 17.51 | 18.22 | 62 |
| E. Social 4      | 16.42 | 17.48 | 48 |

Gráfico 7.1. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Sintomático en los 4 pases.



*Gráfico 7.2. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Funcional en los 4 pases.*



*Gráfico 7.3. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Emocional en los 4 pases.*

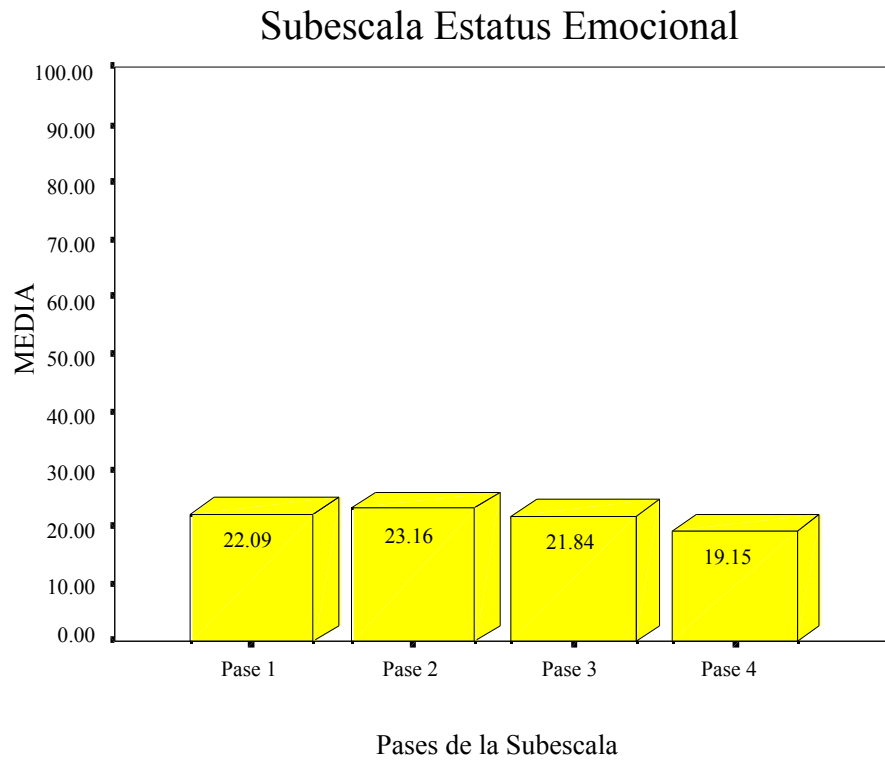
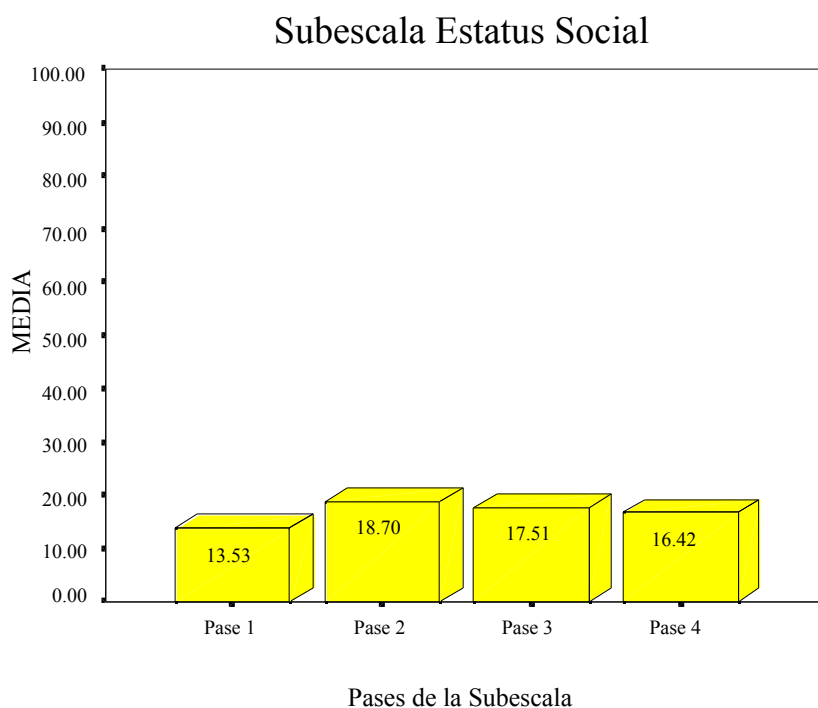


Gráfico 7.4. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Social en los 4 pases.



### 7.1.2. Descripción por grupos de tratamiento

Dado que el tratamiento prescrito por el Servicio de Oncología se justificaba por la pertenencia a un ensayo clínico en el que se pretendía comparar la eficacia de la radioterapia (en adelante, RT) frente a la quimioterapia (en adelante, QT), nos parece oportuno describir la CV de los pacientes en función de que recibieran uno u otro tipo de tratamiento.

Sin embargo, podemos observar, en la tabla 7.2. y en los gráficos de barras (del 7.5. al 7.8.) que las puntuaciones medias, medidas de 0 a 100, nunca superan el valor 30. Por lo tanto, las molestias sintomáticas, funcionales, emocionales y sociales son relativamente bajas en apariencia y, además, en conjunto no aparecen grandes divergencias entre los distintos grupos de tratamiento.

Las únicas diferencias relevantes que se observan son las siguientes:

- 1) en los pases 2, 3 y 4 de la subescala Estatus Sintomático observamos sensibles diferencias en las que se refleja una disminución del dolor en el grupo de QT ( $x=13.32$  para el pase 2;  $x=12.25$  para el pase 3;  $x=10.79$  para el pase 4) una vez ya ha iniciado el tratamiento, sin embargo en el grupo de RT el dolor aumenta ligeramente cuando el sujeto ha empezado el tratamiento y no disminuye a lo largo de los pases ( $x=20.06$  para el pase 2;  $x=20.89$  para el pase 3;  $x=22.50$  para el pase 4) (ver gráfico 7.5.).
- 2) en la subescala Estatus Funcional observamos una disminución en la dificultad funcional para el grupo de QT ( $x=27.75$  para el pase 1;  $x=20.04$  para el pase 4), sin embargo, en el grupo de RT observamos un aumento ( $x=22.71$  para el pase 1;  $x=27.00$  para el pase 4) (ver gráfico 7.6.).
- 3) en el pase 1 de la subescala Estatus Emocional, vemos que el grupo de QT indica tener más molestias emocionales ( $x=28.25$ ) que el grupo de RT ( $x=15.66$ ) (ver gráfico 7.7.).

De estos datos podemos deducir, por un lado, que la QT es un tratamiento que tiende a reducir el dolor y como consecuencia a mejorar la funcionalidad en los enfermos que se mantienen en un buen estado a lo largo de los 4 pases. Y por otro, que el simple hecho de recibir la información sobre la QT produce un aumento en las molestias emocionales.

No obstante, comprobaremos si dichas diferencias son o no verdaderamente significativas mediante el oportuno análisis estadístico que se realizará en el apartado 8.2.

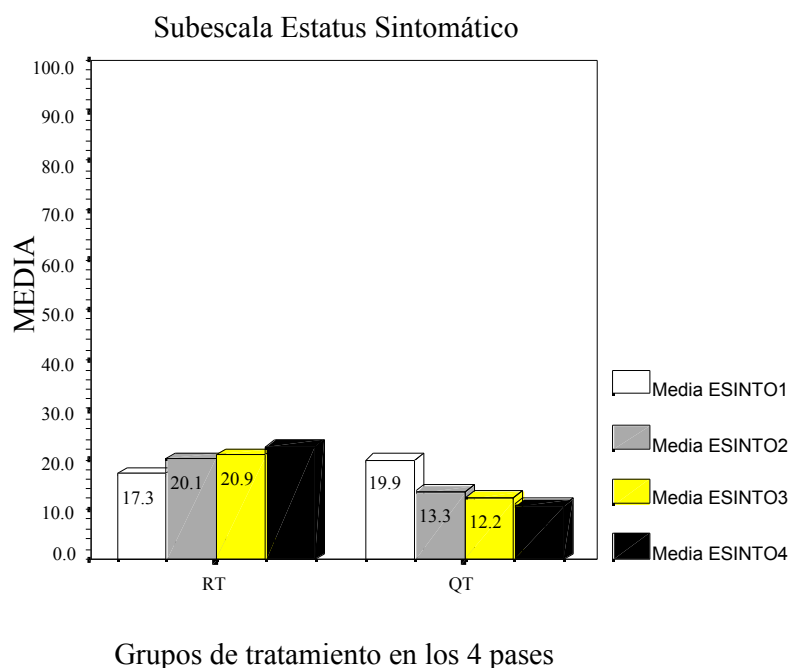


7. Análisis Descriptivos del CVCP, del Índice Karnofsky, de los Ítems Clínicamente Relevantes, del JCAS y de la Supervivencia

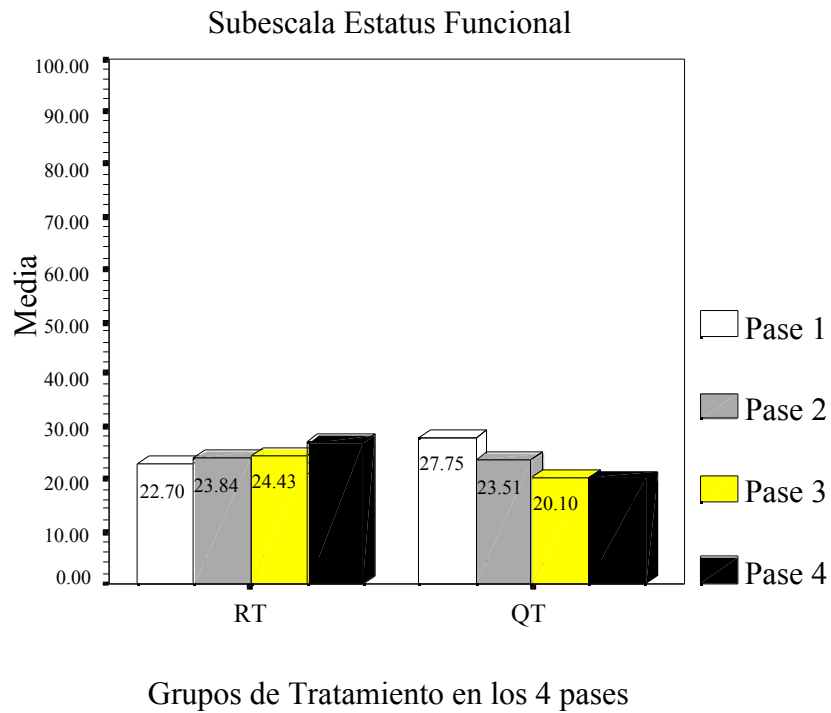
Tabla 7.2. Medias y Desviaciones estándar de las diferentes subescalas del CVCP en los 4 pases para los dos grupos de tratamiento RT y QT.

| Subescalas       | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|------------------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|                  | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| E. Sintomático 1 | 17.26        | 11.60 | 45 | 19.89         | 15.20 | 47 |
| E. Sintomático 2 | 20.06        | 15.39 | 33 | 13.32         | 11.82 | 42 |
| E. Sintomático 3 | 20.89        | 13.21 | 22 | 12.25         | 11.07 | 40 |
| E. Sintomático 4 | 22.50        | 19.21 | 19 | 10.79         | 7.73  | 29 |
| E. Funcional 1   | 22.71        | 16.18 | 45 | 27.75         | 20.34 | 47 |
| E. Funcional 2   | 23.84        | 20.90 | 33 | 23.51         | 16,14 | 42 |
| E. Funcional 3   | 24.43        | 16.70 | 22 | 20.10         | 13.31 | 40 |
| E. Funcional 4   | 27.00        | 22.09 | 19 | 20.04         | 15.99 | 29 |
| E. Emocional 1   | 15.66        | 16.21 | 45 | 28.25         | 24.69 | 47 |
| E. Emocional 2   | 22.10        | 20.82 | 33 | 24.00         | 18.51 | 42 |
| E. Emocional 3   | 23.13        | 24.92 | 22 | 21.13         | 18.82 | 40 |
| E. Emocional 4   | 19.41        | 22.00 | 19 | 18.99         | 18.50 | 29 |
| E. Social 1      | 11.53        | 12.52 | 45 | 15.45         | 15.57 | 47 |
| E. Social 2      | 18.07        | 17.38 | 33 | 19.19         | 15,92 | 42 |
| E. Social 3      | 20.92        | 21.90 | 22 | 15.63         | 15.83 | 40 |
| E. Social 4      | 19.23        | 19.59 | 19 | 14.58         | 16.04 | 29 |

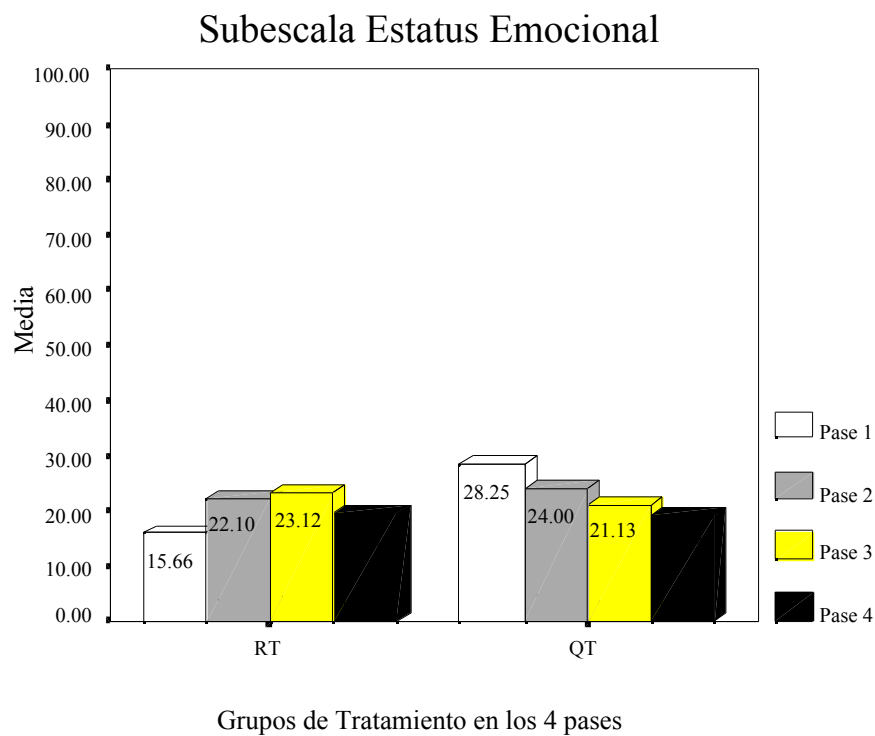
Gráfica 7.5. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Sintomático en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



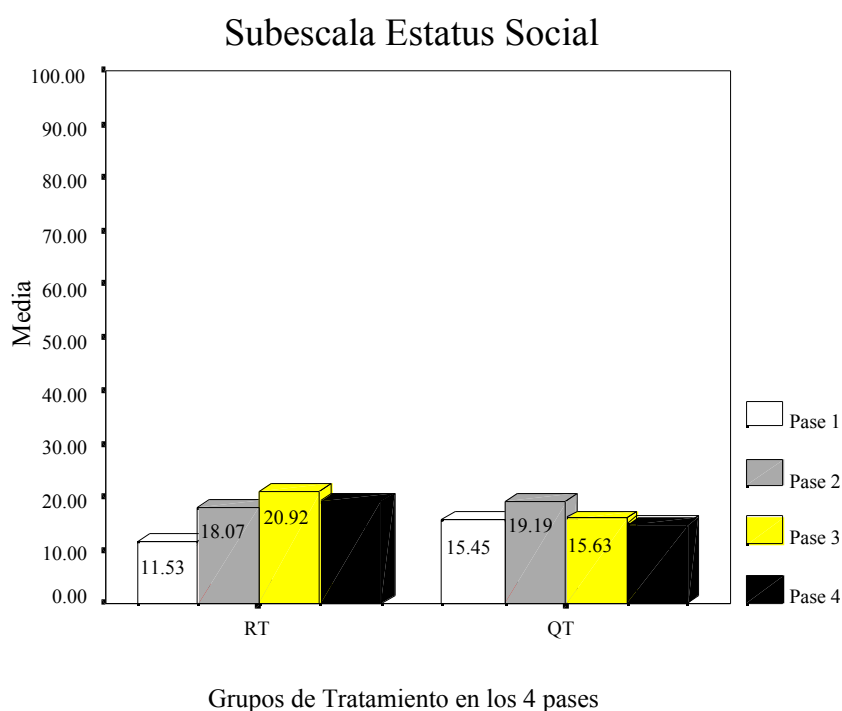
Gráfica 7.6. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Funcional en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 7.7. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Emocional en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 7.8. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala Estatus Social en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



## 7.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DEL ÍNDICE KARNOFSKY PARA LOS CUATRO PASES

Para complementar el apartado anterior, describiremos la CV funcional con el Índice Karnofsky que, como hemos indicado en el apartado 5.2.2, era valorado directamente por la oncóloga responsable del tratamiento anticanceroso de los pacientes.

Debemos señalar que las puntuaciones del Karnofsky se han invertido para que se recogieran en el mismo sentido que el CVCP, es decir cuanto más pequeña es la puntuación en los dos instrumentos, mejor CV tienen los sujetos. Por lo tanto, los resultados deben interpretarse del modo siguiente: en el presente estudio tener un Karnofsky de 0 significa en realidad un Karnofsky de 100; un Karnofsky de 10 significa tenerlo de 90 y así sucesivamente.

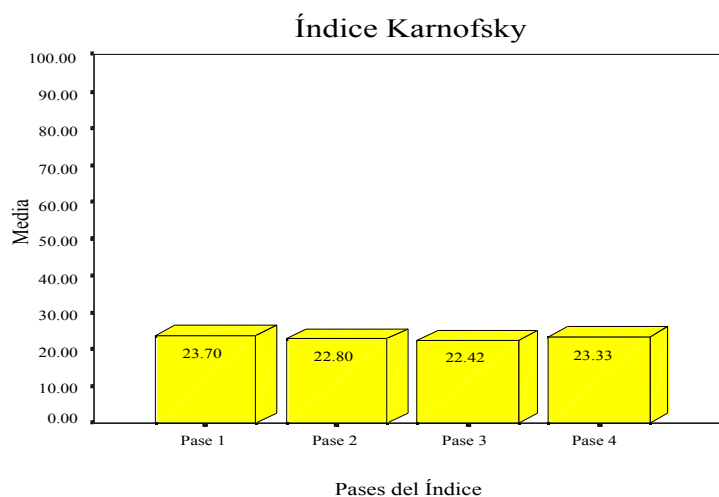
### 7.2.1. Descripción de la muestra global

Los resultados para el conjunto de pacientes se muestran en la tabla 7.3. y en el gráfico 7.9. Como podemos observar, las puntuaciones medias oscilan entre el valor  $x=23.70$  y el valor  $x=22.42$ , esto significa que todas las medias representan valores próximos al índice 80% del Karnofsky y no varían sustancialmente entre pase y pase (sin observarse tampoco grandes dispersiones en las puntuaciones). Esto es debido a que los sujetos que bajan del Karnofsky 70% salen del estudio, a causa de su grave deterioro o fallecimiento, y sólo permanecen en los 4 pases los enfermos con un buen estado funcional, es decir, con un índice Karnofsky como mínimo de 70%. Por lo tanto, al mirar las medias no debemos llevarnos a engaño y pensar que los valores del Karnofsky son estables en los 4 pases, pues la pérdida de sujetos en cada pase es considerable ( $n=92$  para el pase 1;  $n=75$  para el pase 2;  $n=62$  para el pase 3;  $n=48$  para el pase 4) . Y los que sobreviven son los que permanecen en un valor del Karnofsky cercano al 80% (que aquí está expresado con el valor 20%).

*Tabla 7.3. Medias y Desviaciones Estándar del Índice Karnofsky en los 4 pases.*

| <b>Instrumento</b> | <b>media</b> | <b>sd</b> | <b>n</b> |
|--------------------|--------------|-----------|----------|
| Karnofsky 1        | 23.70        | 7.52      | 92       |
| Karnofsky 2        | 22.80        | 10.60     | 75       |
| Karnofsky 3        | 22.42        | 10.51     | 62       |
| Karnofsky 4        | 23.33        | 10.98     | 48       |

*Gráfico 7.9. Diagrama de Barras de las Medias del Índice Karnofsky en los 4 pases.*



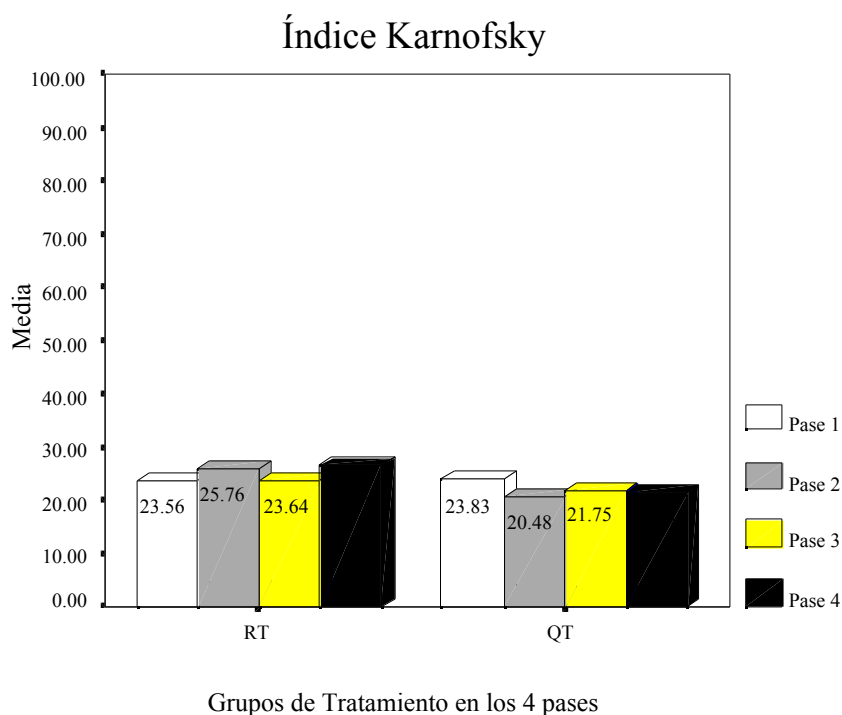
### 7.2.2. Descripción por grupos de tratamiento

Los resultados para cada uno de los grupos de tratamiento (RT y QT) se muestran en la tabla 7.4. y el gráfico 7.10. donde podemos ver, al igual que en la tabla 7.3., que los valores de las medias del Karnofsky siguen siendo próximos al 80% y a simple vista tampoco aparecen diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Sólo en el pase 2 (RT=25.76 y QT= 20.48) y en el pase 4 (RT=26.32 y QT= 21.38) hay una ligera diferencia entre los valores de las medias de los dos grupos de tratamiento, (aproximadamente de 5 puntos entre grupos), y siempre a favor del grupo de QT, es decir, que este grupo es el que tiene una ligera mejoría en su funcionalidad a lo largo de los pases. Como conclusión, podemos indicar que el índice Karnofsky también pone en evidencia el aparente efecto beneficioso de la QT en comparación con la RT, pues el grupo que la recibe mejora sensiblemente su funcionalidad cotidiana.

*Tabla 7.4. Medias y Desviaciones Estándar del Índice Karnofsky en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).*

| Instrumento | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|-------------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|             | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| Karnofsky 1 | 23.56        | 7.12  | 45 | 23.83         | 7.95  | 47 |
| Karnofsky 2 | 25.76        | 11.73 | 33 | 20.48         | 9.09  | 42 |
| Karnofsky 3 | 23.64        | 10.49 | 22 | 21.75         | 10.59 | 40 |
| Karnofsky 4 | 26.32        | 11.16 | 19 | 21.38         | 10.60 | 29 |

Gráfica 7.10. Diagrama de Barras de las Medias del Índice Karnofsky en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



### 7.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS ÍTEMS CLÍNICAMENTE RELEVANTES A LO LARGO DE LOS CUATRO PASES

#### 7.3.1. Descripción de la muestra global

##### 1) El ítem “Dolor”

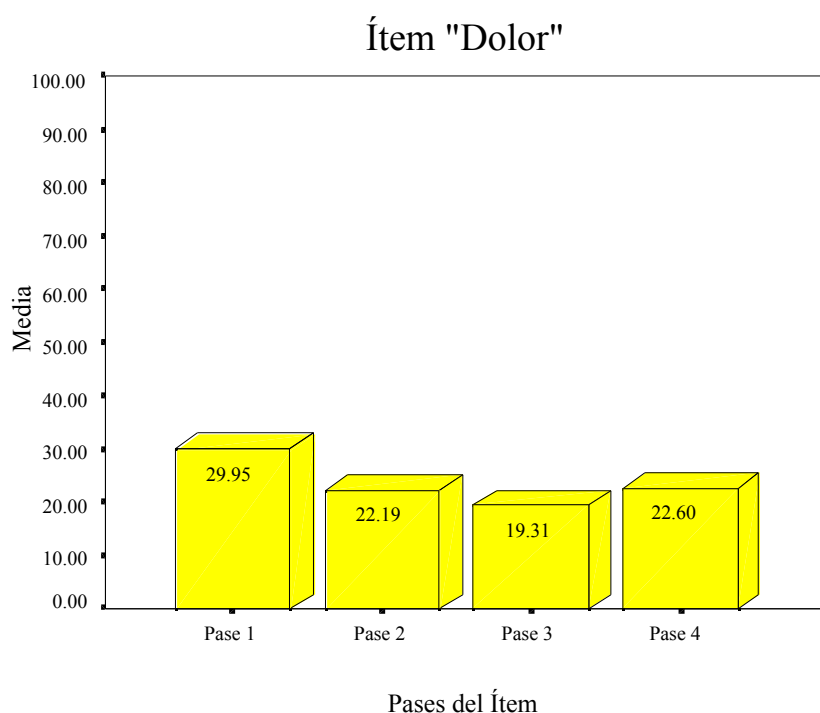
Como se observa en la tabla 7.5. y en el gráfico 7.11., el “Dolor” disminuye sensiblemente a partir del pase 2 ( $x=29.95$  para el pase 1;  $x=22.17$  para el pase 2), manteniéndose bastante estable en los pases 3 y 4 ( $x=19.31$  para el pase 3;  $x=22.60$  para el pase 4). También podemos ver que las dispersiones de las puntuaciones son más elevadas que los valores de las medias, especialmente en los pases 3 y 4.

Resumiendo, podemos decir que sólo hay una diferencia significativa entre el pase 1 y el resto de los pases, dando a entender que a partir de que los enfermos reciben tratamiento su dolor disminuye sensiblemente.

Tabla 7.5. Medias y Desviaciones Estándar del ítem "Dolor" en los 4 pases.

| Ítem    | media | sd    | n  |
|---------|-------|-------|----|
| Dolor 1 | 29.95 | 30.14 | 92 |
| Dolor 2 | 22.17 | 26.97 | 75 |
| Dolor 3 | 19.31 | 26.18 | 62 |
| Dolor 4 | 22.60 | 29.93 | 48 |

Gráfico 7.11. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Dolor" en los 4 pases.



## 2) El ítem "Ansiedad"

En la tabla 7.6. y en el gráfico 7.12., se puede ver que el valor del ítem "Ansiedad" es notablemente más elevado en el pase 1 ( $x=33.83$ ), y que también disminuye progresivamente a medida que se suceden los pases, observando el valor más bajo en el pase 4 ( $x=18.69$ ). Esto significa que los enfermos tienen más ansiedad antes de

recibir el tratamiento y ésta disminuye posiblemente al tener más conocimiento sobre su tratamiento.

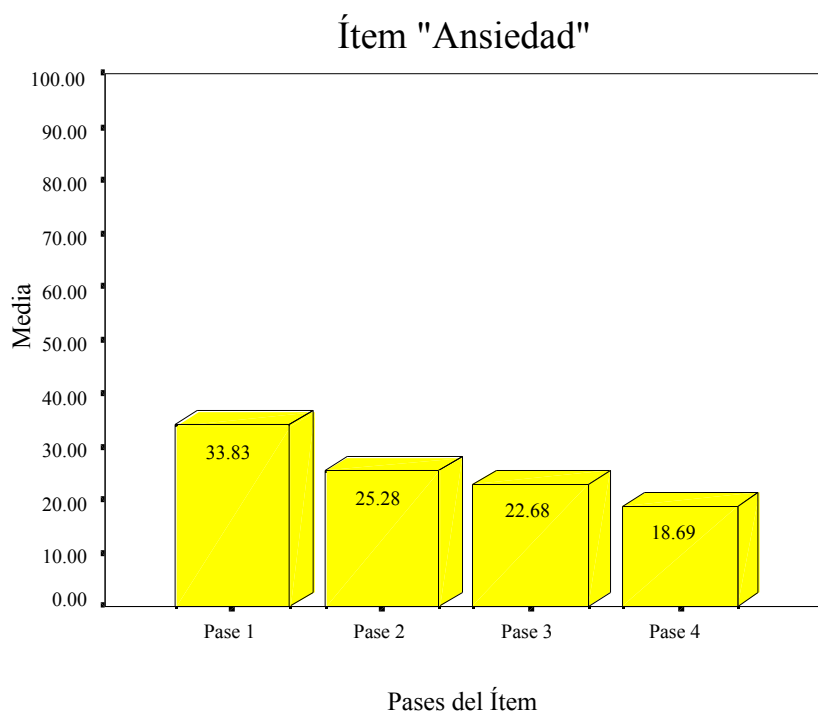
Las dispersiones de las puntuaciones son parecidas a las del ítem “Dolor” y también son más elevadas que las medias a las que corresponden.

Resumiendo, podemos decir que la ansiedad es mucho más elevada antes de que el sujeto reciba el tratamiento que después de recibirlo.

*Tabla 7.6. Medias y Desviaciones Estándar del ítem “Ansiedad” para los 4 pases.*

| Ítem       | media | sd    | n  |
|------------|-------|-------|----|
| Ansiedad 1 | 33.83 | 35.94 | 92 |
| Ansiedad 2 | 25.28 | 26.48 | 75 |
| Ansiedad 3 | 22.68 | 25.81 | 62 |
| Ansiedad 4 | 18.69 | 24.29 | 48 |

*Gráfico 7.12. Diagrama de Barras de las Medias del ítem “Ansiedad” en los 4 pases.*





3) El ítem “Estado de Ánimo”

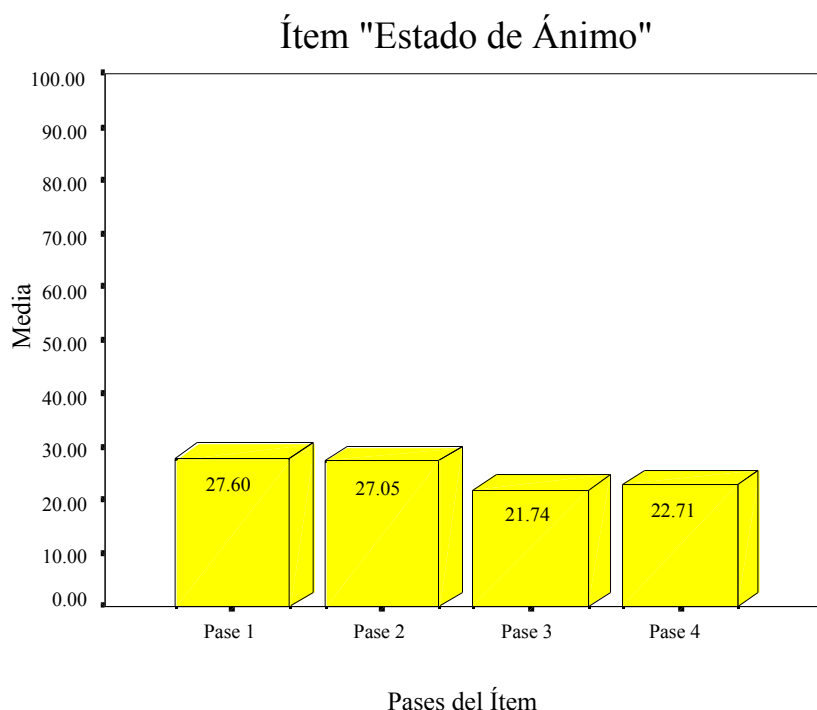
En la tabla 7.7. y en el gráfico 7.13., se observa que el ítem “Estado de Ánimo” mantiene una puntuación media bastante elevada en los pases 1 y 2 ( $x=27.60$  para el pase 1;  $x=27.05$  para el pase 2), para disminuir ligeramente en los dos siguientes ( $x=21.74$  para el pase 3;  $x=22.71$  para el pase 4). Esto significa que el estado de ánimo de los enfermos es peor antes y al comienzo del tratamiento que en los pases posteriores donde el tratamiento ya se conoce.

En este ítem también se produce un fenómeno similar, con las dispersiones de las puntuaciones medias, al que ocurre con los ítems “Dolor” y “Ansiedad”.

Tabla 7.7. Medias y Desviaciones Estándar del ítem “Estado de Ánimo” en los 4 pases.

| Ítem              | media | sd    | n  |
|-------------------|-------|-------|----|
| Estado de Ánimo 1 | 27.60 | 32.34 | 92 |
| Estado de Ánimo 2 | 27.05 | 30.38 | 75 |
| Estado de Ánimo 3 | 21.74 | 28.52 | 62 |
| Estado de Ánimo 4 | 22.71 | 28.41 | 48 |

Gráfico 7.13. Diagrama de Barras de las Medias del ítem “Estado de Ánimo” en los 4 pases.



#### 4) El ítem “Miedo”

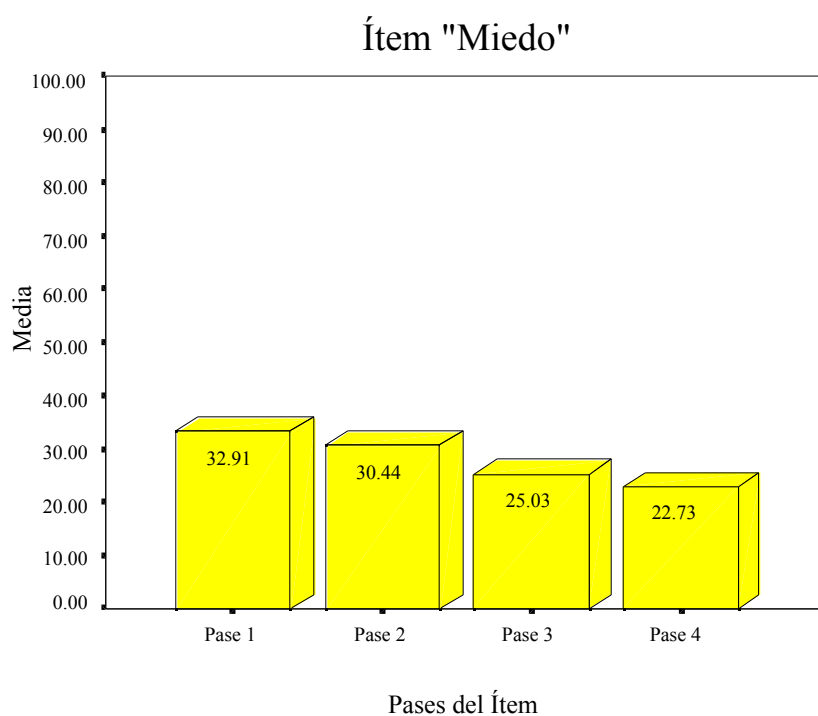
En la tabla 7.8. y en el gráfico 7.14., se aprecia que el ítem “Miedo” tiene un valor bastante más elevado en los pases 1 y 2 reduciéndose considerablemente en los pases 3 y sobre todo en el 4. Por lo tanto es obvio que los enfermos tienen más miedo especialmente antes de recibir el tratamiento y en la primera tanda de administración de éste (al igual que ocurre con el ítem Estado de Ánimo) en comparación a cuando ya llevan un tiempo recibéndolo.

En relación con las desviaciones estándar, podemos comentar que ocurre el mismo fenómeno que en los ítems anteriores y que intentaremos explicar en su debido momento en el apartado 9.

*Tabla 7.8. Medias y Desviaciones Estándar del ítem “Miedo” en los 4 pases.*

| Ítem    | media | sd    | n  |
|---------|-------|-------|----|
| Miedo 1 | 32.91 | 36.10 | 92 |
| Miedo 2 | 30.44 | 30.81 | 75 |
| Miedo 3 | 25.03 | 28.99 | 62 |
| Miedo 4 | 22.73 | 27.00 | 48 |

*Gráfico 7.14. Diagrama de Barras de las Medias del ítem “Miedo” en los 4 pases.*



#### 5) El ítem “Valoración General del Día”

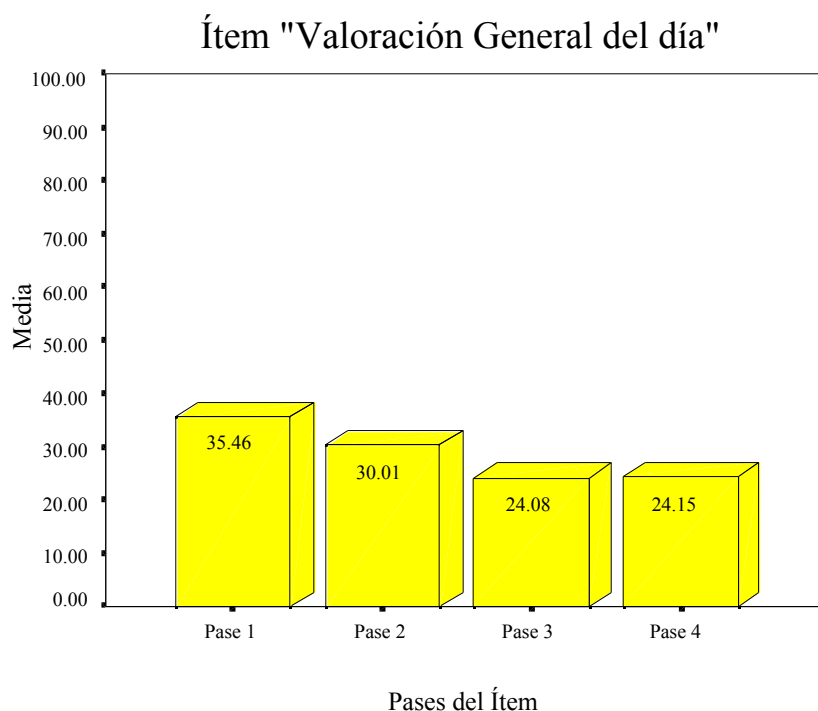
Finalmente, si se observa la tabla 7.9.y el gráfico 7.15., ocurre algo similar al ítem “Miedo”, donde las puntuaciones medias de los pases 1 y 2 del ítem “Valoración General del Día” ( $x=35.46$  para el pase 1;  $x=30.01$  para el pase 2) son sensiblemente más elevadas que las de los pases 3 y 4 ( $x=24.08$  para el pase 3;  $x=24.15$  para el pase 4). Esto hecho nos da a entender que los enfermos en su conjunto hacen una valoración general de las últimas 24 horas peor cuando en el momento que reciben la información del tipo de tratamiento que van a recibir (es decir, en el pase 1) e inmediatamente después de haber recibido la primera administración de tratamiento (sea éste QT o RT).

Cabe destacar, de forma general que, si bien los valores de los pases 3 y 4 disminuyen respecto a los pases 1 y 2, también se reproduce el fenómeno de las dispersiones acaecido en los 4 ítems anteriormente analizados. Este hecho pone en evidencia que aunque tiendan a disminuir las puntuaciones medias, las dispersiones de éstas aumentan en relación a ellas a lo largo de los pases. Lo cual significa que la variabilidad en las respuestas de los sujetos aumenta a lo largo de los pases a pesar que en muchos casos disminuya el malestar.

*Tabla 7.9. Medias y Desviaciones Estándar del ítem “Valoración General del día” en los 4 pases.*

| Ítem               | media | sd    | n  |
|--------------------|-------|-------|----|
| Val. General día 1 | 35.46 | 30.67 | 92 |
| Val. General día 2 | 30.01 | 30.40 | 75 |
| Val. General día 3 | 24.08 | 28.71 | 62 |
| Val. General día 4 | 24.15 | 27.95 | 48 |

Gráfico 7.15. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Valoración General del día" en los 4 pases.



### 7.3.2. Descripción por grupos de tratamiento

#### 1) El ítem "Dolor"

Como se aprecia en la tabla 7.10. y en el gráfico 7.16., a partir del pase 2 en el grupo de tratamiento de QT disminuye significativamente el "Dolor" ( $x=28.81$  para el pase 1;  $x=15.45$  para el pase 2) y en los pases 3 y 4 se éste mantiene bastante estable ( $x=13.38$  para el pase 3;  $x=13.48$  para el pase 4). En cambio, en el grupo de tratamiento de RT el dolor se mantiene estable en los 3 primeros pases ( $x=31.13$  para el pase 1;  $x=30.76$  para el pase 2;  $x=31.91$  para el pase 3) salvo en el cuarto pase que aumenta otra vez ( $x=36.53$  para el pase 4).

En cuanto a las dispersiones de las puntuaciones, se observa que en el grupo de RT los valores son casi tan altos como sus medias. Y en el caso del grupo de QT, en el pase 1 la dispersión es un poco más elevada que el valor de la media y en los

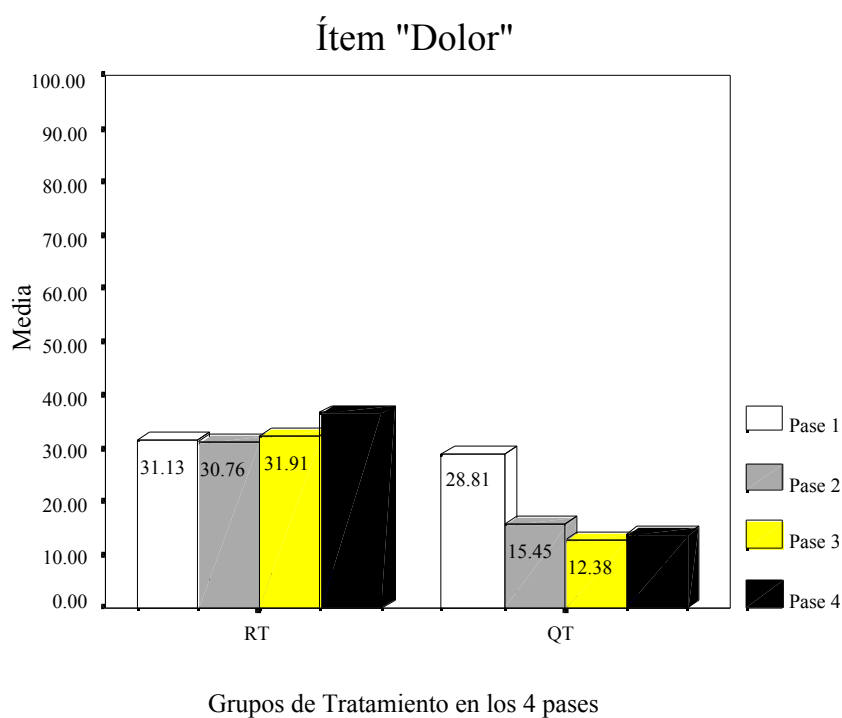
7. Análisis Descriptivos del CVCP, del Índice Karnofsky, de los Ítems Clínicamente Relevantes, del JCAS y de la Supervivencia

sucesivos pases disminuye, pero siempre manteniendo un valor mucho más elevado que los valores de las puntuaciones medias.

Tabla 7.10. Medias y Desviaciones Estándar del ítem "Dolor" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

| Ítem    | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|---------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|         | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| Dolor 1 | 31.13        | 29.27 | 45 | 28.81         | 31.62 | 47 |
| Dolor 2 | 30.76        | 28.21 | 33 | 15.45         | 24.20 | 42 |
| Dolor 3 | 31.91        | 29.36 | 22 | 12.38         | 21.66 | 40 |
| Dolor 4 | 36.53        | 34.19 | 19 | 13.48         | 23.12 | 29 |

Gráfica 7.16. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Dolor" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



En resumen, se puede decir que la QT tiene un claro efecto sobre el dolor, disminuyendo su intensidad considerablemente.

2) El ítem “Ansiedad”

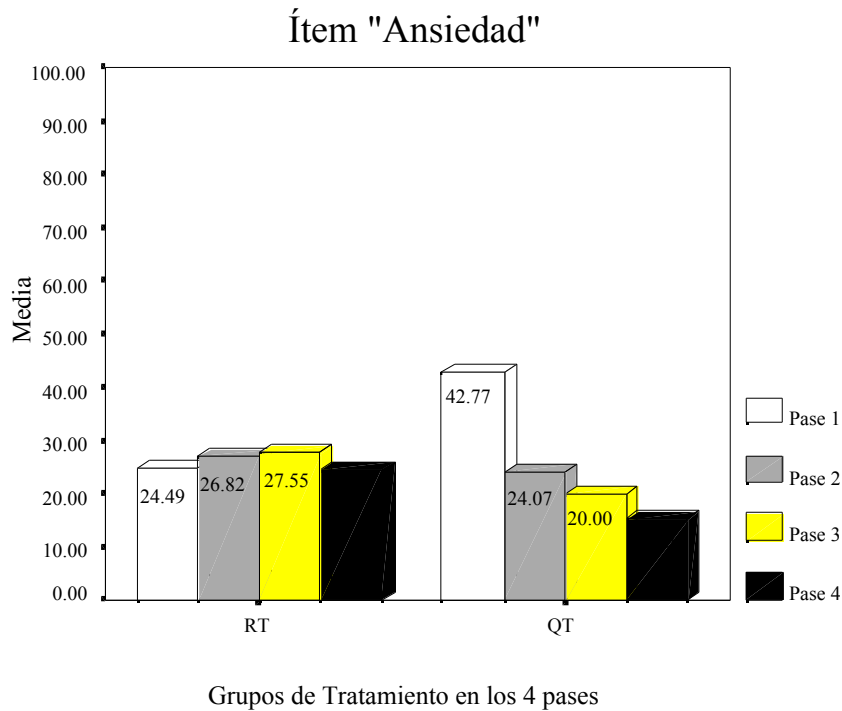
Como se aprecia en la tabla 7.11. y en el gráfico 7.17., el ítem “Ansiedad” en el pase 1 del grupo de QT ( $x=42.77$ ) presenta una puntuación media más elevada que en el pase 1 del grupo de RT ( $x=24.49$ ), sin embargo, a partir del pase 2 para el grupo de QT ésta disminuye progresivamente ( $x=24.07$  para el pase 2;  $x=20.00$  para el pase 3;  $x=15.14$  para el pase 4) y se mantiene con unos valores bastante menores a los del grupo de RT que son bastante estables a lo largo de los 4 pases ( $x=26.82$  para el pase 2;  $x=27.55$  para el pase 3;  $x=24.11$  para el pase 4). Por otro lado, se observan tanto en el grupo de QT como en el de RT, unas dispersiones de las puntuaciones medias bastante elevadas.

Concluyendo, parece que el hecho de recibir información sobre tratamiento de QT produce más ansiedad que el recibirla sobre el de RT. Sin embargo, una vez se conoce el tratamiento, este efecto se invierte y la ansiedad disminuye significativamente en los enfermos que reciben QT, no siendo así en los que reciben RT.

*Tabla 7.11. Medias y Desviaciones Estándar del ítem “Ansiedad” en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).*

| Ítem       | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|------------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|            | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| Ansiedad 1 | 24.49        | 29.64 | 45 | 42.77         | 39.34 | 47 |
| Ansiedad 2 | 26.82        | 29.61 | 33 | 24.07         | 24.05 | 42 |
| Ansiedad 3 | 27.55        | 27.49 | 22 | 20.00         | 24.79 | 40 |
| Ansiedad 4 | 24.11        | 27.24 | 19 | 15.14         | 21.92 | 29 |

Gráfica 7.17. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Ansiedad" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



### 3) El ítem "Estado de Ánimo"

Con el ítem "Estado de Ánimo" (ver tabla 7.12. y gráfico 7.18.) ocurre algo parecido al ítem "Ansiedad". En el pase 1 del grupo de QT tiene un valor bastante más elevado ( $x=35.89$ ) que en el grupo de RT ( $x=18.93$ ), que después disminuye ( $x=28.64$  para el pase 2) de forma que a partir del pase 3 los valores medios del grupo de QT ( $x=19.48$  para el pase 3;  $x=20.21$  para el pase 4) son sensiblemente inferiores a los valores del grupo de RT ( $x=25.03$  para el pase 2;  $x=25.86$  para el pase 3;  $x=26.53$  para el pase 4), que en realidad aumentan sus valores significativamente respecto al pase 1. Sin embargo, tanto en el grupo de QT como en el de RT hay un aumento de las dispersiones de las puntuaciones medias.

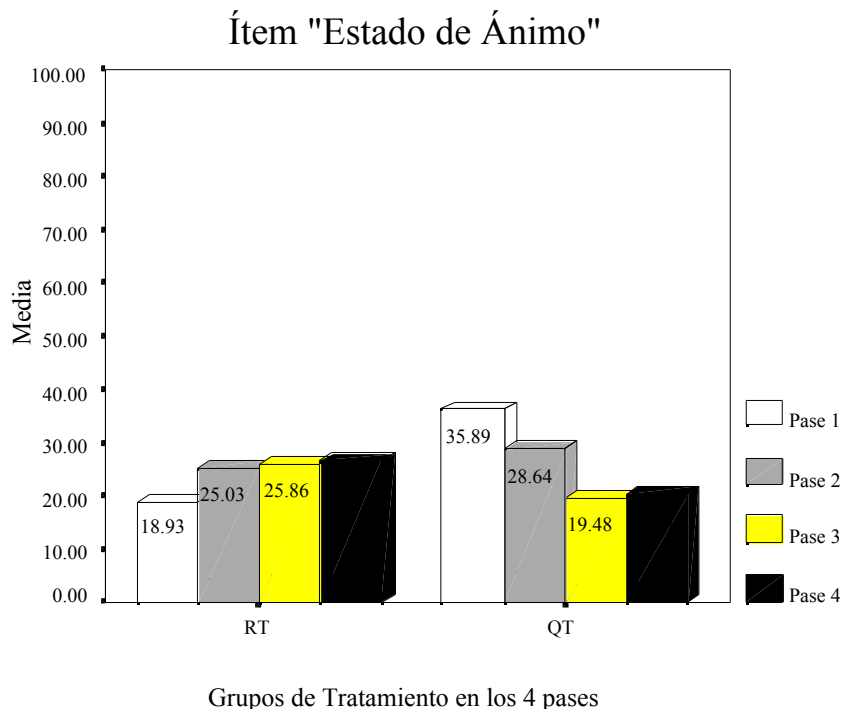
En resumen, se aprecia un fenómeno similar al que ocurre con el ítem "Ansiedad", donde la información sobre la QT parece resultar demasiado estresante produciendo un efecto de desánimo en los pacientes, y que después mejora ligeramente al recibir

la primera administración del tratamiento (aunque no es menor al malestar que sufren en el segundo pase los enfermos que reciben RT), para disminuir significativamente a partir de la segunda administración de QT, sintiéndose menos deprimidos los enfermos con QT que los enfermos con RT.

*Tabla 7.12. Medias y Desviaciones Estándar del ítem "Estado de Ánimo" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).*

| Ítem              | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|-------------------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|                   | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| Estado de Ánimo 1 | 18.93        | 26.31 | 45 | 35.89         | 35.55 | 47 |
| Estado de Ánimo 2 | 25.03        | 29.78 | 33 | 28.64         | 31.11 | 42 |
| Estado de Ánimo 3 | 25.86        | 32.01 | 22 | 19.48         | 26.56 | 40 |
| Estado de Ánimo 4 | 26.53        | 33.87 | 19 | 20.21         | 24.51 | 29 |

*Gráfica 7.18. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Estado de Ánimo" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).*





4) El ítem “Miedo”

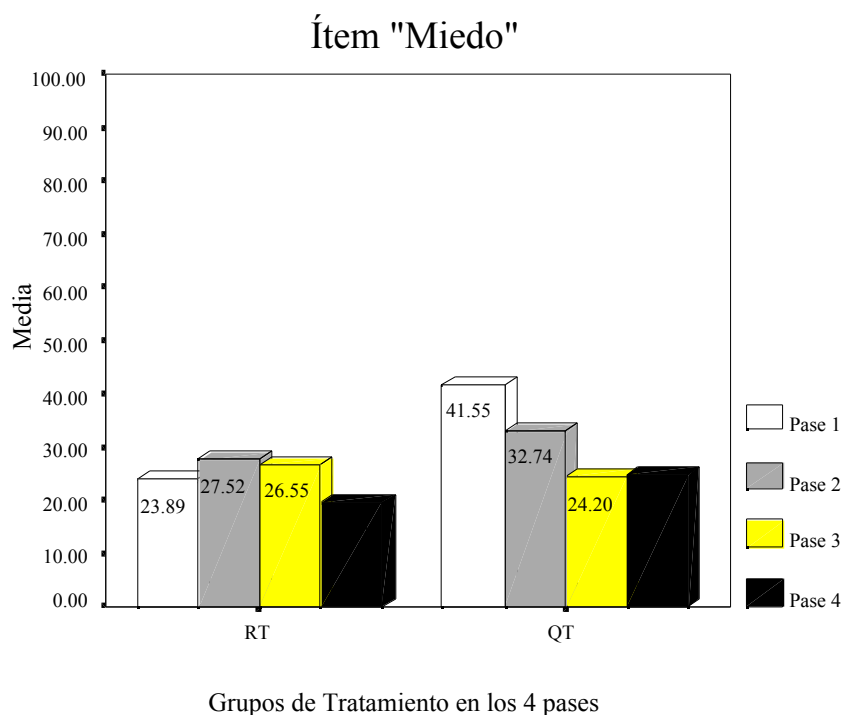
En el ítem “Miedo” también se observa un fenómeno similar al que acontece con el “Estado de Ánimo”, con un valor medio más elevado en el pase 1 del grupo de QT ( $x=41.55$ ) en comparación con el grupo de RT ( $x=23.89$ ), así como en el pase 2 ( $x=27.52$  para RT;  $x=32.74$  para QT). A partir del pase 3, las puntuaciones de los dos grupos disminuyen con tendencia a equipararse, aunque en el pase 4 la media es superior para el grupo de QT. Al observar las desviaciones estándar vemos que para el grupo de RT sus valores se mantienen bastante estables y más elevados que las puntuaciones medias a lo largo de los cuatro pases. Por el contrario, en el grupo de QT se observan unas dispersiones elevadas en el pase 1 y 2, pero donde se produce un claro aumento de éstas en relación a las puntuaciones medias es en los pases 3 y 4 (ver tabla 7.13. y gráfico 7.19.).

En resumen, vemos que el miedo se hace evidente sobretudo en el primer pase para el grupo de QT (cuando recibe la información sobre el tratamiento) y disminuye a partir del pase 2 cuando recibe el primer ciclo de tratamiento, sin embargo no es hasta el tercer y cuarto pase cuando el miedo se reduce significativamente y se estabiliza. En el grupo de RT, si se observa atentamente, parece que acontece un fenómeno curioso: en el pase 1 el miedo no es muy elevado, en el pase 2 aumenta para reducirse sólo ligeramente en el pase 3 y donde verdaderamente se aprecia la reducción del miedo de forma significativa en relación a los pases anteriores y al grupo de QT es en el pase 4.

*Tabla 7.13. Medias y Desviaciones Estándar del ítem “Miedo” en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).*

| Ítem    | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|---------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|         | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| Miedo 1 | 23.89        | 29.97 | 45 | 41.55         | 39.53 | 47 |
| Miedo 2 | 27.52        | 30.60 | 33 | 32.74         | 31.15 | 42 |
| Miedo 3 | 26.55        | 30.52 | 22 | 24.20         | 28.48 | 40 |
| Miedo 4 | 19.58        | 27.70 | 19 | 24.79         | 26.83 | 29 |

Gráfica 7.19. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Miedo" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



##### 5) El ítem "Valoración General del Día"

Finalmente, cabe destacar que el modelo a seguir de las puntuaciones en el ítem "Valoración General del Día" es muy similar al de los ítems analizados anteriormente. Por un lado se observa una puntuación muy elevada de la media del pase 1 para el grupo de QT ( $X=41.72$ ) en comparación con la media de RT ( $x=28.91$ ). Por otro, las medias de los pases sucesivos del grupo de QT disminuyen significativamente ( $x=27.55$  para el pase 2;  $x=23.18$  para el pase 3;  $x=22.21$  para el pase 4). Sin embargo en el grupo de RT la puntuación media del pase 2 aumenta ( $x=33.15$ ), en el pase 3 disminuye sensiblemente ( $x=25.73$ ) para volver a aumentar en el pase 4 ( $x=27.11$ ).

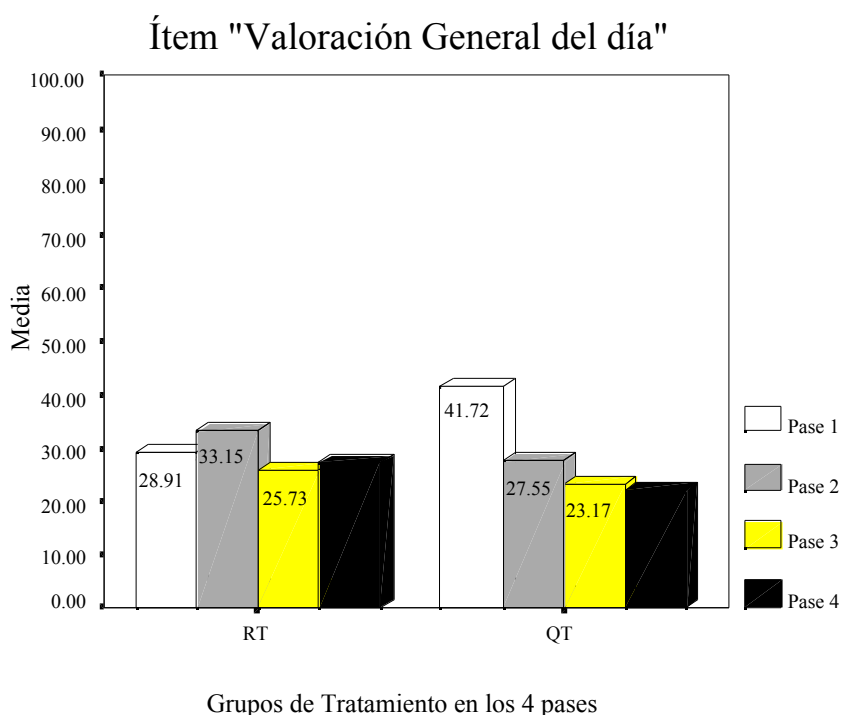
En relación a las dispersiones de las medias, se observan puntuaciones elevadas en el pase 1 y en el pase 2 (pero no más elevadas que las puntuaciones medias), y en los pases 3 y 4 aumentan sobretodo para el grupo de RT.

7. Análisis Descriptivos del CVCP, del Índice Karnofsky, de los Ítems Clínicamente Relevantes, del JCAS y de la Supervivencia

Tabla 7.14. Medias y Desviaciones Estándar del ítem "Valoración General del día" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

| Ítem               | Radioterapia |       |    | Quimioterapia |       |    |
|--------------------|--------------|-------|----|---------------|-------|----|
|                    | media        | sd    | n  | media         | sd    | n  |
| Val. General día 1 | 28.91        | 27.32 | 45 | 41.72         | 32.63 | 47 |
| Val. General día 2 | 33.15        | 33.44 | 33 | 27.55         | 27.96 | 42 |
| Val. General día 3 | 25.73        | 34.50 | 22 | 23.18         | 25.42 | 40 |
| Val. General día 4 | 27.11        | 32.82 | 19 | 22.21         | 24.68 | 29 |

Gráfica 7.20. Diagrama de Barras de las Medias del ítem "Valoración General del día" en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



En resumen, parece que en el pase 1 la mayor sensación de malestar durante el día la tienen los sujetos integrantes del grupo de QT, sin embargo, en los sucesivos pases este malestar va disminuyendo progresivamente. En el grupo de RT se observa un malestar similar en los pases 1, 2 y 4, produciéndose una disminución considerable de éste en el pase 3.

De todas formas, la posible significación estadística de las diferencias encontradas en los análisis descriptivos de este subapartado se analizarán más profundamente en el apartado 8.2.

#### **7.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LOS JCAS A LO LARGO DE LOS 4 PASES**

A partir del análisis realizado en el apartado 6.2, el próximo paso es observar la evolución de los JCAS teniendo en cuenta que existen tres dimensiones con dos ítems cada una. Para establecer la puntuación en cada una de las dimensiones realizaremos la suma de las puntuaciones dadas a cada uno de ellos. Dado que dichas puntuaciones oscilan entre 1 (nada) y 4 (mucho) en cada ítem, los valores que pueden tomar las dimensiones JCASI, JCASE y JCASA oscilarán entre 2 (valor mínimo) y 8 (valor máximo). Al igual que hemos procedido en los apartados 7.1., 7.2. y 7.3., describiremos los resultados del análisis descriptivo de los tres JCAS a lo largo de los cuatro pases para el total de la muestra y para cada uno de los grupos de tratamiento.

##### **7.4.1. Descripción para la muestra global**

En la tabla 7.15. y en los gráficos 7.21., 7.22. y 7.23., se puede observar que las medias de cada subescala se mantienen aparentemente estables a lo largo de los 4 pases.

Al observar los gráficos 7.21. y 7.22., los valores cercanos a 8 ponen de manifiesto que los sujetos juzgan como muy importante y en el mismo nivel los agentes de salud internos y los externos.

Al observar el gráfico 7.23., los valores medios oscilan entre 4.02 y 4.31 e indican una clara tendencia de que los sujetos juzgan que su salud depende un poco del azar y del destino, o también puede ocurrir que en realidad tengan menos tendencia a revelar un valor elevado del JCASA por ser socialmente menos admisible.

7. Análisis Descriptivos del CVCP, del Índice Karnofsky, de los Ítems Clínicamente Relevantes, del JCAS y de la Supervivencia

Tabla 7.15. Medias y Desviaciones Estándar de los tres JCAS en los 4 pases.

| Subescalas | media | sd   | n  |
|------------|-------|------|----|
| JCASI 1    | 7.26  | 1.08 | 90 |
| JCASI 2    | 7.27  | 1.04 | 74 |
| JCASI 3    | 7.31  | 0.90 | 61 |
| JCASI 4    | 7.15  | 1.09 | 48 |
| JCASE 1    | 7.04  | 1.30 | 90 |
| JCASE 2    | 7.26  | 1.38 | 74 |
| JCASE 3    | 7.48  | 1.10 | 61 |
| JCASE 4    | 7.23  | 1.39 | 48 |
| JCASA 1    | 4.02  | 1.88 | 90 |
| JCASA 2    | 4.26  | 1.99 | 74 |
| JCASA 3    | 4.31  | 1.96 | 61 |
| JCASA 4    | 4.19  | 2.05 | 48 |

Gráfico 7.21. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala JCASI en los 4 pases.

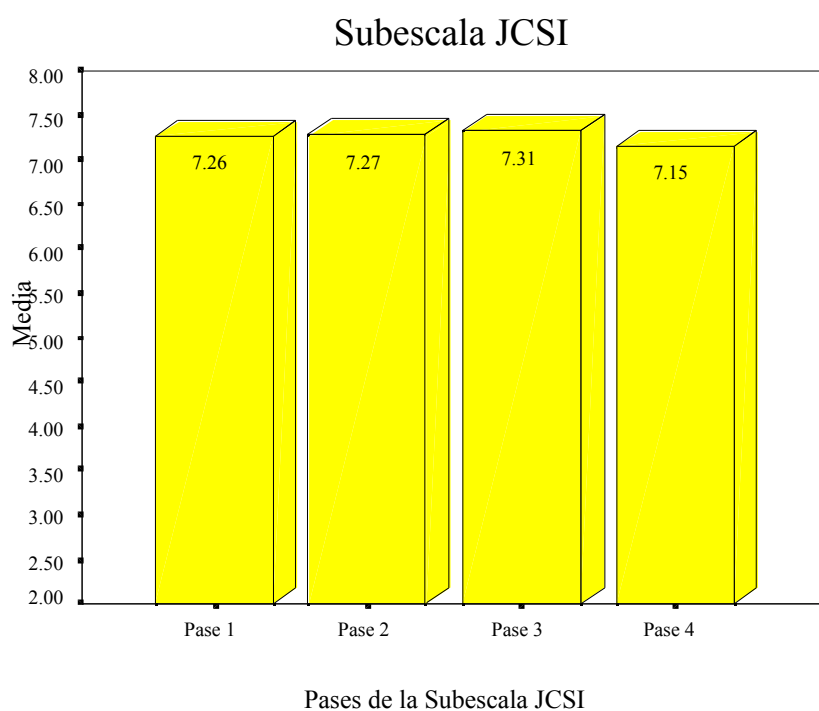


Gráfico 7.22. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala JCSE en los 4 pases.

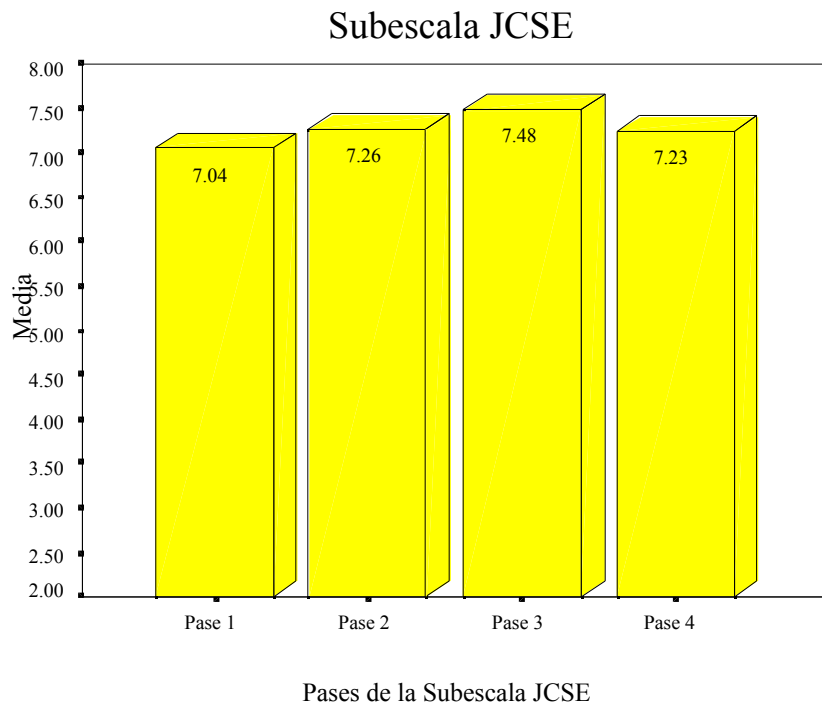
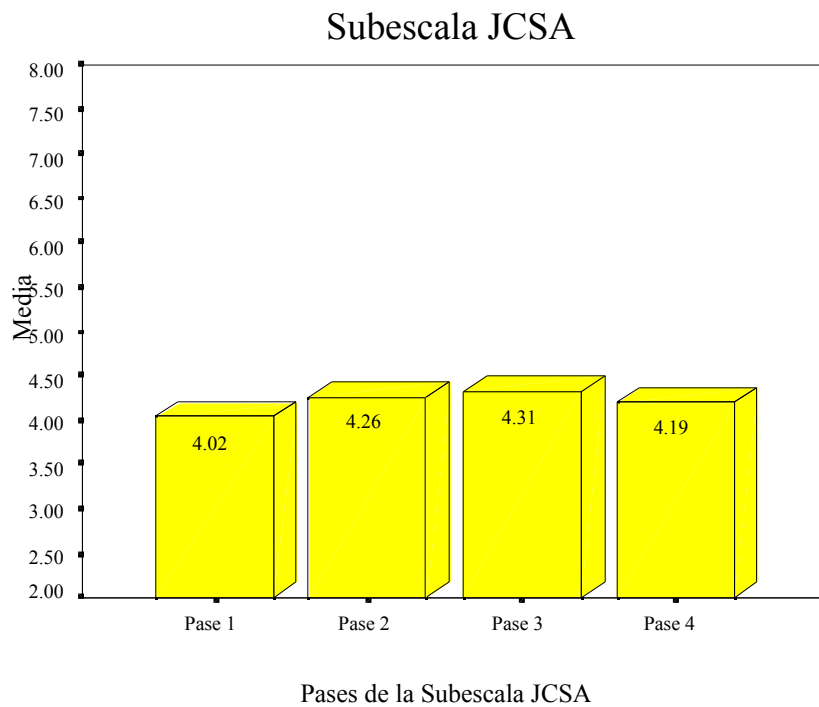


Gráfico 7.23. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala JCASA en los 4 pases.



#### **7.4.2. Descripción por grupos de tratamiento**

En la tabla 7.16., se puede apreciar que las medias de los JCASI y de los JCASE, para los dos grupos de tratamiento, son muy similares. Y sólo en el pase 4 hay una ligera diferencia tanto para JCASI como para JCASE al comparar los dos grupos de tratamiento.

En el JCASA se observa una ligera diferencia entre los dos grupos de tratamiento (RT y QT) a lo largo de los 4 pases. Sin embargo, dentro de cada grupo de tratamiento los valores medios se mantienen estables. Esto parece indicar que el grupo de RT juzga un poco menos importante el JCASA para su curación.

También podemos observar que en los tres JCAS el número de sujetos se diferencian sensiblemente entre los dos grupos de tratamiento, especialmente en el pase 3 y en el 4. A pesar de esto, podemos decir que los dos grupos de tratamiento juzgan como factores muy importantes para su curación los factores internos y los externos, y como poco importantes el azar y el destino.

En relación a estos resultados aquí encontrados, realizaremos los comentarios pertinentes en el análisis estadístico del capítulo 8.2.

Gráfica 7.24. Diagrama de Barras de las Medias y de la subescala JCASI en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

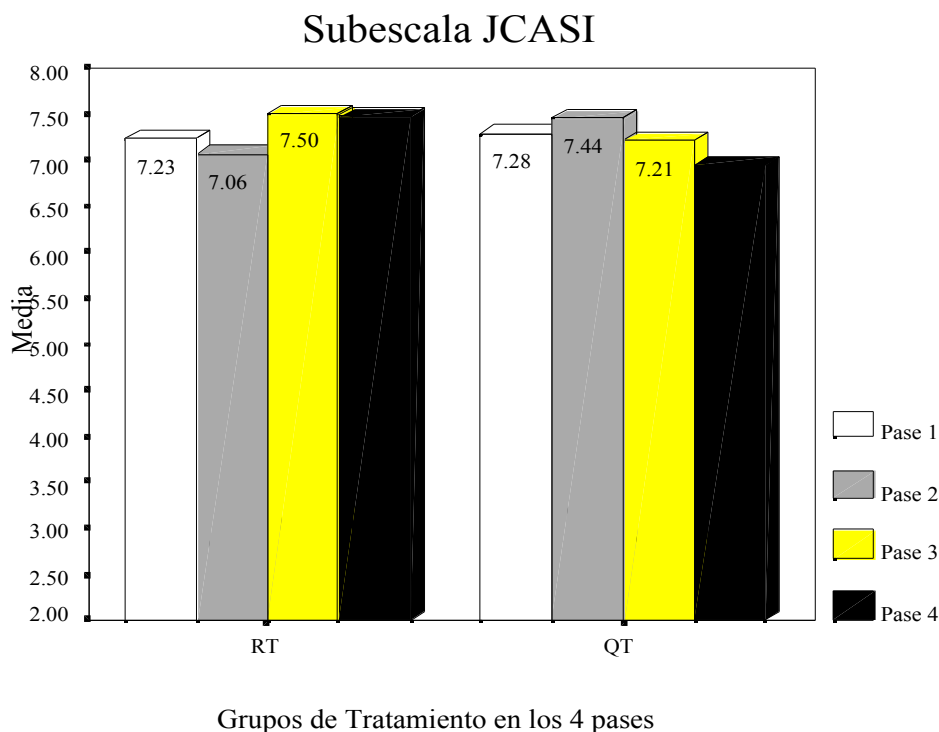
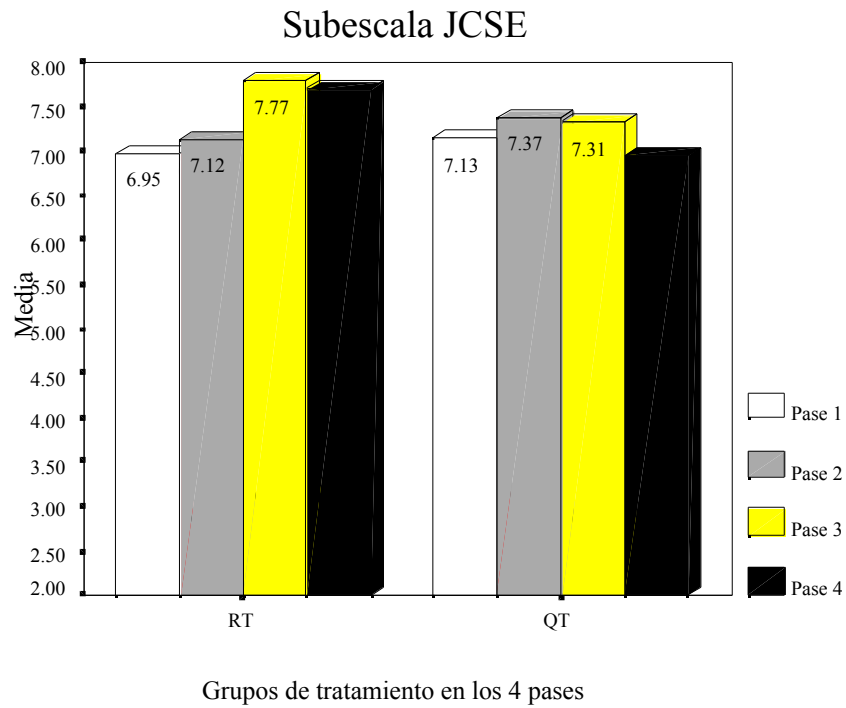


Tabla 7.16. Medias y Desviaciones Estándar de las tres JCAS en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

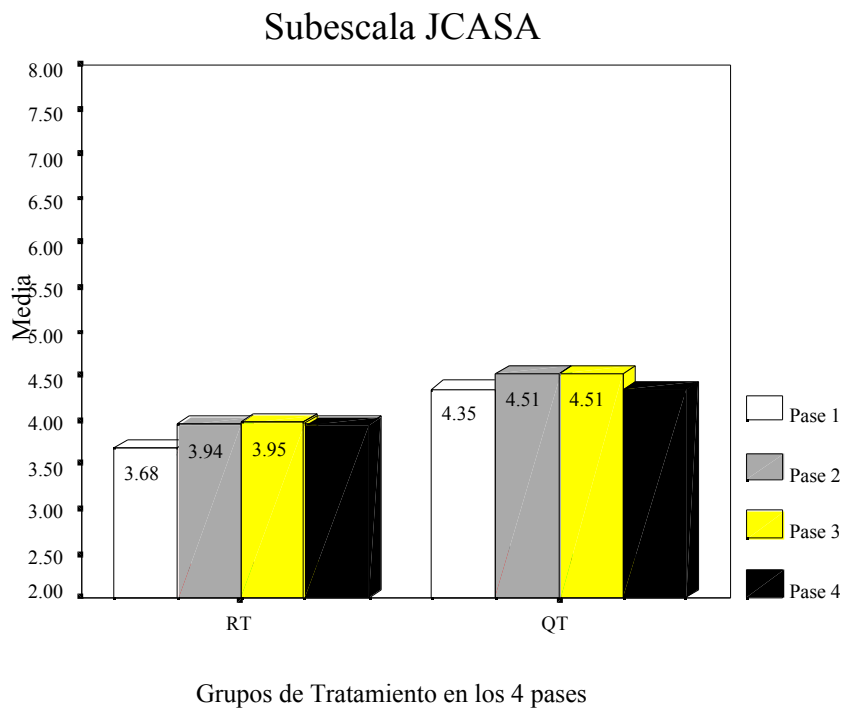
| Subescalas | Radioterapia |      |    | Quimioterapia |      |    |
|------------|--------------|------|----|---------------|------|----|
|            | media        | sd   | n  | media         | sd   | n  |
| JCASI 1    | 7.23         | 1.20 | 44 | 7.28          | 0.96 | 46 |
| JCASI 2    | 7.06         | 1.30 | 33 | 7.44          | 0.74 | 41 |
| JCASI 3    | 7.50         | 0.80 | 22 | 7.21          | 0.95 | 39 |
| JCASI 4    | 7.47         | 0.90 | 19 | 6.93          | 1.16 | 29 |
| JCASE 1    | 6.95         | 1.06 | 44 | 7.13          | 1.50 | 46 |
| JCASE 2    | 7.12         | 1.32 | 33 | 7.37          | 1.43 | 41 |
| JCASE 3    | 7.77         | 0.61 | 22 | 7.31          | 1.28 | 39 |
| JCASE 4    | 7.68         | 0.67 | 19 | 6.93          | 1.65 | 29 |
| JCASA 1    | 3.68         | 1.85 | 44 | 4.35          | 1.88 | 46 |
| JCASA 2    | 3.94         | 2.05 | 33 | 4.51          | 1.93 | 41 |
| JCASA 3    | 3.95         | 2.13 | 22 | 4.51          | 1.86 | 39 |
| JCASA 4    | 3.95         | 2.17 | 19 | 4.34          | 1.99 | 29 |



Gráfica 7.25. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala JCASE en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



Gráfica 7.26. Diagrama de Barras de las Medias de la subescala JCASA en los 4 pases y en función del grupo de tratamiento (RT y QT).



## **7.5. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS ENFERMOS**

### **7.5.1. Descripción de la muestra global**

En relación con la Supervivencia de los 92 enfermos de la muestra, se ha realizado un análisis descriptivo y se ha obtenido un valor medio de 351.52 días de vida (el mínimo de días de supervivencia de la muestra es de 25 días y el máximo es de 1734 días), con una desviación estándar de 363.06. Se puede observar que hay una amplia dispersión en los días de supervivencia de los sujetos, lo que nos indica la gran variabilidad que tiene ésta en una muestra de sujetos que se caracterizan por su especial homogeneidad, pues es una muestra escogida bajo criterios de inclusión muy estrictos (ver apartado 5.1.)

### **7.5.2. Descripción por grupos de tratamiento**

Al observar la tabla 7.17. y el gráfico 7.27. se aprecia una clara diferencia entre la media de días de supervivencia del grupo de RTx(=299.11) y la media del grupo de QT ( $\bar{x}$ =401.70). También en este caso las dispersiones de las puntuaciones medias son muy elevadas. Hecho que sigue poniendo en evidencia que los sujetos tienen una gran variabilidad en su supervivencia.

En resumen, parece que el tratamiento de QT tiende a alargar la supervivencia de los enfermos de cáncer de pulmón en este estudio clínico.

La posible significación estadística de estos resultados se estudiará más profundamente en el apartado 8.2.

7. Análisis Descriptivos del CVCP, del Índice Karnofsky, de los Ítems Clínicamente Relevantes, del JCAS y de la Supervivencia

Tabla 7.17. Medias y Desviaciones estándar de la Supervivencia en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

| Grupo | SUPERVIVENCIA |        |    |
|-------|---------------|--------|----|
|       | x             | sd     | n  |
| RT    | 299.11        | 323.15 | 45 |
| QT    | 401.70        | 394.49 | 47 |

Gráfica 7.27. Diagrama de Barras de las Medias de la Supervivencia para los 92 enfermos en función del grupo de tratamiento (RT y QT).

