

## EXPECTATIVAS DE EFICACIA Y DE RESULTADOS EN PACIENTES DE CANCER SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA<sup>1</sup>

Tomás Blasco Blasco<sup>2</sup>  
Francisco Villamarín Cid

Area de Psicología Básica  
UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA

### RESUMEN

*Este trabajo perseguía un doble objetivo: a) Analizar la relación empírica entre expectativas de eficacia y expectativas de resultados en pacientes de cáncer sometidos a tratamiento de quimioterapia, y, b) estudiar el papel de las expectativas como variables moduladoras de la intensidad de las náuseas y vómitos posquimioterapia. Para ello se llevaron a cabo dos estudios longitudinales que evaluaron dichos aspectos en los primeros ciclos de tratamiento que recibían los pacientes. Los resultados corroboran los supuestos de la teoría de Bandura de que las expectativas varían en función de la experiencia, pero no permiten detectar que tengan un papel modulador sobre los efectos secundarios de la quimioterapia.*

**Palabras clave:** AUTOEFICACIA. EXPECTATIVAS. CANCER. QUIMIOTERAPIA

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB 89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

<sup>2</sup> Autor a quien debe enviarse la correspondencia: Area de Psicología Básica, Apartado 29, Universitat Autònoma de Barcelona, 08193 Bellaterra (Barcelona).

## SUMMARY

*The aims of this study were: a) To analyze empirically the relationship between efficacy expectancies and outcome expectancies in cancer patients receiving chemotherapy, and, b) to analyze whether expectancies modulate nausea and vomiting caused by chemotherapy. Two longitudinal studies were developed assessing these psychological aspects, as well as nausea and vomiting symptoms, during the first cycles of chemotherapy treatment in two samples of patients. Results agree Bandura's assumption that the individual's experiences modify expectancies. However, the possible influences of expectancies over nausea and vomiting symptoms caused by chemotherapy were not found.*

**Key Words:** SELF-EFFICACY, EXPECTANCIES, CANCER, CHEMOTHERAPY

## INTRODUCCION

Las investigaciones que analizan la influencia de las expectativas sobre la conducta y la reactividad emocional han cobrado un renovado impulso a partir de la distinción conceptual, planteada en la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1977), entre "expectativas de eficacia" (capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento) y "expectativas de resultados" (probabilidad percibida de que un comportamiento produzca determinadas consecuencias).

La Teoría de la Autoeficacia constituye un submodelo dentro de la teoría psicológica global de Bandura, recientemente etiquetada como Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1986), cuyo hilo conductor está constituido por el modelo causal del determinismo recíproco triádico. Según este modelo, la acción humana individual está doblemente regulada por variables situacionales, entre las que destacan las de carácter social, y por factores personales, entre los que se incluyen, precisamente, los diferentes tipos de expectativas. Los factores personales, a su vez, resultan influidos, tanto por la propia actuación como por el contexto social. Este esquema conceptual permite, por lo tanto, la consideración y el estudio de las expectativas como variables dependientes y como variables independientes.

Cuando se contemplan las expectativas como variables dependientes se parte del supuesto de que éstas son cogniciones específicas y cambian-

tes, que se forman y reelaboran de forma permanente mediante el procesamiento de la información procedente de la propia experiencia, de la observación del comportamiento de los demás, y de la comunicación verbal. En este caso se suelen estudiar aspectos como la evolución de las expectativas a lo largo del tiempo, o la influencia relativa, sobre estas variables cognitivas, de los diferentes tipos de información.

En cuanto variables independientes, las expectativas se contemplan a la vez como determinantes potenciales del esfuerzo y la persistencia en la ejecución de conductas específicas y como variables moduladoras del afecto y la reactividad fisiológica propios de la emoción. En este sentido suele decirse que las expectativas son variables cognitivas con posibles efectos motivacionales y emocionales.

La relación entre las expectativas y el componente subjetivo-cognitivo de la emoción ha sido estudiado en diferentes trastornos de ansiedad y depresión (ver para una revisión y análisis conceptual, Villamarín, 1990a, 1990b). El papel de las expectativas como variables moduladoras de la reactividad biológica ante situaciones estresantes ha sido investigado por Bandura y colaboradores (Bandura, 1992; O'Leary, 1992) utilizando como variables dependientes: a) Diferentes indicadores de la activación autonómica del organismo como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y la liberación de catecolaminas periféricas; b) la actividad de los mecanismos opiáceos de control del dolor, y, c) diversos parámetros sensibles a la acción del sistema inmunitario.

Los estudios que se describen en el presente trabajo se sitúan, en cierto modo, en esta línea de investigación, pues pretenden, básicamente, analizar el papel de las expectativas como variables moduladoras de la reactividad biológica. Las variables dependientes elegidas en este caso han sido las náuseas y vómitos producidos como efectos secundarios por la quimioterapia del cáncer.

El sentido de este planteamiento radica en lo siguiente: se ha observado en algunas ocasiones que ante un mismo tipo de quimioterapia algunos pacientes desarrollan náuseas y vómitos intensos, mientras que otros no (Blasco, 1990; Fetting, Wilcox, Iwata *et al.*, 1983). Cabe, por ello, preguntarse por posibles variables psicológicas moduladoras de esta respuesta. Teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones sobre modulación de la reactividad biológica planteadas desde la Teoría de la Autoeficacia (ver, para una revisión, Bandura (1992) y O'Leary (1992)), y los apor-

tados por otros estudios pertenecientes al área de la Psicología Oncológica (Andrykowski y Gregg, 1992; Blasco, 1990; Blasco, 1991, 1992; Blasco y Bayés, 1990; Challis y Stam, 1992; Jacobsen, Andrykowski, Redd *et al.*, 1988; Jacobsen, Redd, Andrykowski, *et al.*, 1987), no es inadecuado pensar que las expectativas pudieran jugar un cierto papel en la modulación de la intensidad de las respuestas de náusea y vómito.

Quisiéramos señalar, por último, que si bien en la Teoría de la Autoeficacia se consideran los efectos motivacionales y emocionales de las expectativas de eficacia y de las expectativas de resultados, en la práctica, las investigaciones basadas en esta teoría se han centrado de forma casi exclusiva en estudiar la influencia de las expectativas de eficacia. En un intento de contribuir a subsanar este sesgo, en los estudios que se describen en este trabajo nos hemos propuesto definir y evaluar ambos tipos de expectativas.

En síntesis, pues, los objetivos de los estudios que describiremos a continuación son:

a) Analizar la relación empírica entre las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados ante el tratamiento de quimioterapia en pacientes de cáncer y estudiar, si es posible, su evolución a lo largo de dicho tratamiento.

b) Estudiar el papel de las expectativas como variables moduladoras de la intensidad de las náuseas y vómitos posquimioterapia.

Los dos estudios que se describen en este trabajo forman parte de una investigación más amplia (Blasco, 1990) en que se evaluaba el posible papel modulador de diversos factores psicológicos en la incidencia e intensidad de náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia en pacientes oncológicos.

## ESTUDIO 1

Partiendo de un estudio piloto no longitudinal con 49 pacientes de cáncer que recibían quimioterapia (Blasco, 1990) en el que se encontró una correlación estadísticamente significativa entre expectativas de molestia evaluadas antes de la quimioterapia, e intensidad de náuseas experimentadas como consecuencia de dicho tratamiento, se decidió llevar a cabo un estudio más amplio, de tipo longitudinal, con 60 pacientes, a fin de evaluar sus características psicológicas y la incidencia de náuseas y vómitos durante los primeros tres ciclos de tratamiento de quimioterapia. En esta investigación, que constituyó un trabajo novedoso en tanto en cuanto el diseño de tipo

longitudinal había sido hasta entonces escasamente utilizado en los estudios empíricos sobre el tema, estudiamos, en consonancia con los objetivos antes planteados, la evolución de las expectativas a lo largo del tratamiento, y su posible papel modulador de la intensidad de las náuseas y vómitos.

## METODO

*Sujetos:* Se solicitó a 64 pacientes que iban a recibir quimioterapia por primera vez en el Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, su colaboración para participar en el estudio. De ellos, cuatro rechazaron participar, quedando la muestra finalmente constituida por 60 pacientes, de los que sólo 57 pudieron incluirse en el análisis final de los datos. La muestra definitiva estuvo compuesta por 25 hombres y 32 mujeres con edades comprendidas entre los 22 y los 78 años ( $x = 51.14$  años;  $SD=12.97$ ). Los pacientes recibían diferentes pautas de quimioterapia en función del diagnóstico y estadio de la enfermedad. Así, 27 eran pacientes con cáncer de mama, 6 eran pacientes con cánceres ginecológicos, 4 con cáncer de pulmón, 4 con cáncer de vejiga, y los 16 restantes tenían diagnósticos diversos (linfoma, sarcoma, cáncer de próstata, cáncer de pene o tumores otorrinolaringológicos).

### Variables evaluadas

*Autoeficacia:* Se definió como la capacidad percibida por el paciente para cumplir el tratamiento hasta el final. Se evaluó en dos ocasiones: antes de iniciar el primer ciclo de quimioterapia y antes de iniciar el cuarto ciclo de quimioterapia.

*Expectativas de resultados positivos (confianza en la curación):* Se definió como la confianza que tenía el paciente en superar sus problemas de salud. Al igual que con la autoeficacia, se evaluó antes de iniciar el primer y el cuarto ciclos de quimioterapia.

*Expectativas de resultados negativos (molestias):* Se preguntaba al paciente en qué medida creía que el tratamiento de quimioterapia le iba a producir molestias. Esta variable se evaluó antes de recibir cada uno de los ciclos de quimioterapia.

*Intensidad de náusea:* Se preguntó al paciente por la intensidad de la náusea experimentada desde el momento de recibir la quimioterapia hasta 24 horas después de finalizada la misma. Esta variable se evaluó en cada uno de los ciclos de quimioterapia.

Todas estas variables fueron evaluadas mediante escalas análogas visuales que fueron medidas en valores 0-100.

### **Procedimiento**

Los médicos del Servicio remitían a los pacientes que cumplían los requisitos de inclusión en el estudio al investigador (primer autor), quien les explicaba el objetivo de la entrevista y solicitaba su colaboración. Si el paciente aceptaba participar, el investigador pasaba a explicarle con detalle el procedimiento de autoevaluación mediante las escalas análogas visuales y la estructura general de recogida de la información que consistía en lo siguiente: *Antes* de recibir cada uno de los ciclos de quimioterapia, debía entrevistarse con el investigador (Entrevista Previa), respondiendo a las diferentes cuestiones que se le formulaban mediante el uso de las escalas análogas visuales correspondientes. *Después* de cada ciclo de quimioterapia, el paciente debía cumplimentar un autorregistro que le entregaba el investigador y en el que señalaba los diversos síntomas y estados afectivos experimentados desde la recepción del tratamiento hasta 24 horas después de finalizado el mismo. El paciente entregaba el autorregistro al investigador cuando acudía al Servicio de Oncología para recibir un nuevo ciclo de tratamiento a la vez que respondía a la Entrevista Previa antes descrita. Así pues, los datos correspondientes a cada uno de los ciclos de tratamiento se obtenían, en cada uno de los pacientes, con una entrevista y un autorregistro, en los cuales se evaluaban mediante escalas análogas visuales, las variables anteriormente indicadas.

## **RESULTADOS**

### **1. Análisis de la evolución de los diferentes tipos de expectativas**

En la Tabla 1 se describen las puntuaciones de autoeficacia y de expectativas de resultados positivos (confianza en la curación), no observán-

dose diferencias estadísticamente significativas entre las dos evaluaciones de estas variables. Si tenemos en cuenta que el valor máximo de la escala análoga visual es 100, los pacientes parecen sentirse muy capaces de seguir adelante con el tratamiento y tener bastante confianza en superar sus problemas de salud. Los datos corresponden a sólo 46 sujetos debido a que, por diversos motivos, los once restantes finalizaron la quimioterapia tras el tercer ciclo de tratamiento.

**TABLA 1.- Comparación de medias de autoeficacia (CAPAZ) y de expectativas de resultados positivos (CONFI) previas al primer y al cuarto ciclos de tratamiento d e quimioterapia**

	n	CICLO 1		CICLO 4		t	p
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
CAPAZ	46	96.41	12.38	93.58	18.15	1.12	.26
CONFI	46	85.31	25.17	88.31	19.70	0.99	.32

Para el estudio de la evolución de las expectativas de resultados negativos (molestia) debe tenerse en cuenta un factor importante como es el de la capacidad emetizante del tratamiento de quimioterapia administrado. De acuerdo con un criterio elaborado por los médicos del Servicio, se dividió a los pacientes en dos grupos: aquéllos que recibían tratamientos con alto poder emetizante (grupo ALTO) y los que recibían tratamientos con menor poder emetizante (grupo BAJO). En la Tabla 2 se describe la evolución de esta variable a lo largo de los ciclos. Puede verse cómo los valores de las expectativas se invierten del primer al tercer ciclo en ambos grupos, mostrándose de acuerdo con el potencial emetizante atribuido al tratamiento por los médicos, así como con la intensidad de náusea experimentada por los pacientes (ver Tabla 3). En ambas tablas se observa cómo las pruebas 't' detectan diferencias entre los grupos ALTO y BAJO. La Figura 1 recoge, asimismo, esta evolución.

**TABLA 2.- Comparación de medias respecto a las expectativas de resultados negativos para cada uno de los grupos de pacientes y en cada uno de los ciclos (BAJO = Pacientes que reciben quimioterapia con bajo potencial emetizante; ALTO = Pacientes que reciben quimioterapia con alto potencial emetizante)**

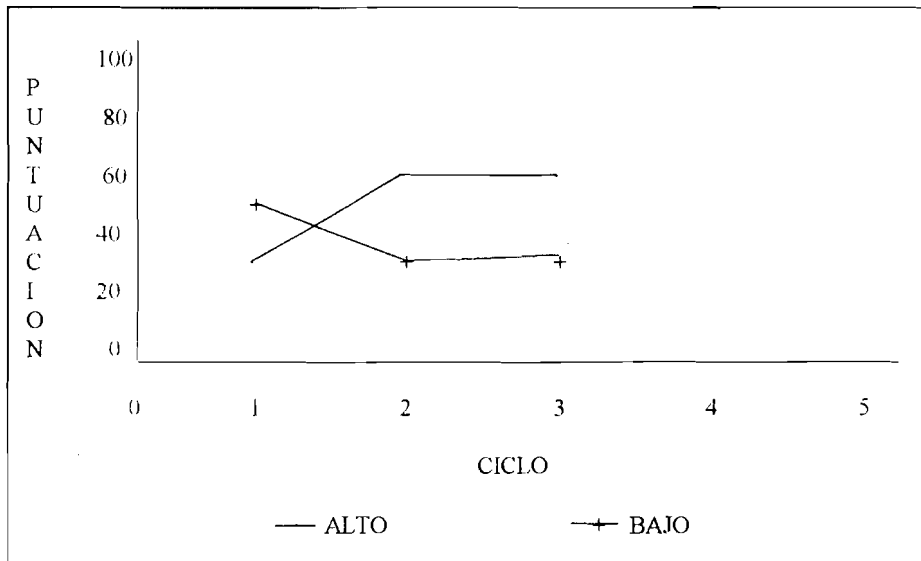
PODER EMETIZANTE						
BAJO (n=45)			ALTO (n=12)			
CICLOS	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	t	p
1	55.77	32.99	26.67	21.13	2.07	N.S.
2	31.50	33.08	59.22	20.48	3.25	.00
3	34.82	31.74	60.00	25.87	2.29	.04

**TABLA 3.- Comparación de medias respecto a las intensidad de náusea tras la quimioterapia para cada uno de los grupos de pacientes y en cada uno de los ciclos (BAJO = Pacientes que reciben quimioterapia con bajo potencial emetizante; ALTO = Pacientes que reciben quimioterapia con alto potencial emetizante)**

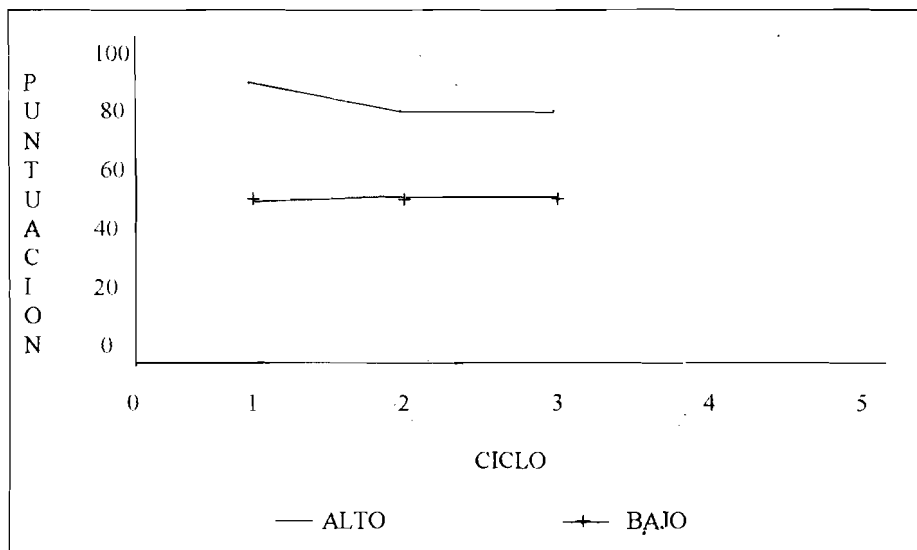
PODER EMETIZANTE						
BAJO (n=45)			ALTO (n=12)			
CICLOS	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	t	p
1	45.86	36.84	86.17	20.50	3.31	.00
2	46.87	35.72	77.78	21.38	3.47	.00
3	44.98	30.85	77.63	26.97	3.08	.01



**FIGURA 1.- Evolución de las expectativas de resultados negativos a lo largo de los ciclos**



**FIGURA 2.- Evolución de la intensidad de náusea a lo largo de los ciclos**



## 2. Análisis de las expectativas como variables moduladoras de la intensidad de náusea

Con este fin, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple (método stepwise) en cada uno de los ciclos de tratamiento, utilizando como variable dependiente la intensidad de náusea y como variables independientes cada una de las diferentes variables evaluadas en las entrevistas previas a dichos ciclos. No se obtuvo modelo de regresión para el primer ciclo de tratamiento, pero sí se obtuvieron modelos para los ciclos 2 y 3. En el ciclo 2, las expectativas no formaban parte del modelo obtenido. En el ciclo 3, en cambio, aparecen las expectativas de molestia como primer regresor del modelo, las cuales, juntamente con la intensidad de náusea experimentada en el ciclo anterior, explican el 54.5% de la varianza, tal como indica la Tabla 4.

**TABLA 4.- Análisis de regresión de la intensidad de náusea para el tercer ciclo de tratamiento con el método Stepwise (EXPEC3 = Expectativas de experimentar molestia antes del tercer ciclo de tratamiento; NAUSEA2 = Intensidad de náusea experimentada en el segundo ciclo de tratamiento)**

PASO	VARIABLE	R	R <sup>2</sup>	F	p	Beta
1	EXPEC3	0.632	0.400	29.39	.00	0.43
2	NAUSEA2	0.738	0.545	25.84	.00	0.42

## DISCUSION

Respecto a la evolución de las expectativas de autoeficacia y de resultados positivos de la quimioterapia, no se observan diferencias entre las dos evaluaciones.

En lo que refiere a la autoeficacia, esto significa que los pacientes se sienten igual de capaces de seguir el tratamiento en el ciclo cuarto que en el primero, lo cual podría reflejar tanto la importancia concedida al tra-

tamiento en relación con la curación (las expectativas de curación también se mantienen), como el hecho de que, tras tres ciclos, el paciente vea próximo el final del tratamiento y no se plantee la idea del abandono.

Por otra parte, el mantenimiento de las expectativas de curación (confianza en la eficacia del tratamiento), podría deberse tanto a la mejoría percibida por el paciente en su estado de salud, como a la "necesidad" de seguir creyendo en la eficacia del tratamiento.

En cuanto a los valores de las expectativas de resultados negativos (molestia) a lo largo de los ciclos, coinciden con la experiencia que el paciente tiene de los efectos secundarios del tratamiento, lo que corrobora el hecho de que las expectativas sean consideradas en la teoría de Bandura (1977, 1986) como cogniciones cambiantes que dependen, entre otros factores, de la propia experiencia.

Por otra parte, la diferente evolución de la autoeficacia y las expectativas de resultados negativos (molestia) ilustra, en cierto modo, y a nivel empírico, la distinción entre estos dos tipos de expectativas.

Finalmente, considerando los resultados presentados en la Tabla 4, el papel modulador de las expectativas no parece quedar plenamente clarificado. En efecto, las expectativas parecen intervenir en la modulación de la intensidad de la náusea en el tercer ciclo, pero no en el primero y el segundo, lo cual parece indicar un efecto no consistente de las mismas. Cabría esperar que si el efecto de las variables psicológicas (entre las que se hallan las expectativas) fuese consistente, estas deberían aparecer en los modelos de regresión de todos los ciclos. Cabe también la posibilidad de que la gran variabilidad en cuanto a diagnósticos y tratamientos de los sujetos evaluados en este primer estudio sea la responsable de que el posible papel modulador de las expectativas no haya aparecido de forma clara.

Así pues, aun cuando se ha conseguido el objetivo de analizar la evolución de las expectativas y sus relaciones empíricas en pacientes de cáncer, queda por clarificar el papel modulador en la intensidad de las náuseas producidas por la quimioterapia.

Dado que, como sugerimos anteriormente, la heterogeneidad de la muestra utilizada podría determinar los resultados poco claros que se han obtenido, se planteó la necesidad de elaborar un segundo estudio en el que los pacientes a evaluar constituyesen un grupo más homogéneo en cuanto a diagnósticos y tratamientos.

## ESTUDIO 2

Al igual que el Estudio 1, este segundo estudio formaba parte de una investigación más amplia (Blasco, 1990) y fue diseñado con el objetivo de superar algunas limitaciones metodológicas del anterior en lo referente a la heterogeneidad de la muestra. Por ello se seleccionaron pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, linfomas o cáncer de pulmón, a fin de obtener una muestra que cumpliera ciertos requisitos exigidos por el objetivo general de la investigación y que han sido descritos, en parte, en otros trabajos (Blasco y Bayés, 1990; Blasco, 1991). Por lo demás, el diseño de este segundo estudio fue prácticamente idéntico al anterior y pretendía, entre otros objetivos, corroborar los hallazgos previos respecto a la evolución de las expectativas y su posible papel modulador sobre las náuseas. Hay que señalar, al respecto, que la elección de los pacientes se hizo en base al potencial emetizante de la quimioterapia que iban a recibir, correspondiendo, en todos los casos, al tipo BAJO descrito en el estudio anterior. Elegimos quimioterapias de bajo potencial emetizante porque era muy probable, según lo observado en el Estudio 1, que las quimioterapias de potencial emetizante alto enmascarasen, por su fuerte poder biológico, los posibles efectos moduladores de variables psicológicas tales como las expectativas.

## METODO

### Sujetos

Se solicitó a 45 pacientes que iban a recibir quimioterapia por primera vez en el Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, su colaboración para participar en el estudio. De ellos, cuatro rechazaron participar y uno tuvo que ser excluido por problemas de comprensión del procedimiento de evaluación, quedando la muestra finalmente constituida por 40 pacientes de los que sólo se tienen datos completos de 38, ya que dos pacientes abandonaron el tratamiento por distintos motivos. La media de edad de estos 38 sujetos era de 53.77 años ( $SD=11.92$ ) y estaba comprendida entre los 28 y los 79 años. 29 mujeres y un hombre recibían tratamiento por cáncer de mama, mientras que 4 hombres recibían tratamiento por cáncer de pulmón y 3 hombres y una mujer recibían tratamiento por diagnóstico de linfoma.

### Variables evaluadas

Se evaluaron las mismas variables que en el Estudio I y en los mismos momentos, con la única diferencia de que la autoeficacia se evaluó antes de recibir cada ciclo de tratamiento, en lugar de hacerlo antes del primero y del cuarto. Para la evaluación de las diferentes variables se utilizaron, al igual que en el Estudio I, escalas análogas visuales con un rango de puntuación entre 0 y 100.

### Procedimiento

Se utilizó exactamente el mismo procedimiento que en el Estudio I.

## RESULTADOS

### 1. Análisis de la evolución de los diferentes tipos de expectativas

En la Tabla 5 se recogen las puntuaciones medias de las expectativas de resultados positivos (confianza en la curación) en los ciclos 1 y 4. Al compararlas mediante la prueba t, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, aunque sí una tendencia a disminuir la puntuación.

**TABLA 5.- Comparación de medias de las expectativas de resultados positivos (CONFI) antes del primer y del cuarto ciclos de tratamiento de quimioterapia**

	n	CICLO 1		CICLO 4		t	p
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
CONFI	38	87.34	22.43	80.00	31.53	0.17	N.S.

Las Tablas 6 y 7 recogen la evolución de las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados negativos (molestia) a lo largo de los tres primeros ciclos de tratamiento. En ellas puede observarse que no hay va-

riaciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de ambas variables, aun cuando se detecta un curso irregular de los valores de las expectativas de molestia que coincide, a su vez, con la que muestra la evolución irregular de la intensidad de náusea (Tabla 8). En esta última variable tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres ciclos de tratamiento.

**TABLA 6.- Evolución de las expectativas de autoeficacia en cada uno de los ciclos. No hay diferencias significativas, según la prueba de Friedman (chi cuadrado=0.35;  $p=0.83$ )**

CICLOS	$\bar{x}$	SD
1	94.87	14.76
2	94.82	14.17
3	92.92	17.34

**TABLA 7.- Evolución de las expectativas de resultados negativos en cada uno de los ciclos. No hay diferencias significativas, según la prueba de Friedman (chi cuadrado=2.32;  $p=0.31$ )**

CICLOS	$\bar{x}$	SD
1	47.95	31.57
2	29.03	30.35
3	36.47	31.98

**TABLA 8.- Evolución de la intensidad de náusea en cada uno de los ciclos. No hay diferencias significativas según la prueba de Friedman (chi cuadrado = 2.36;  $p=0.30$ )**

CICLOS	$\bar{x}$	SD
1	36.97	37.84
2	47.47	33.51
3	43.21	35.34

## **2. Análisis de las expectativas como variables moduladoras de la intensidad de náusea**

Al igual que en el Estudio 1, se llevaron a cabo análisis de regresión, encontrándose también resultados heterogéneos para cada uno de los ciclos. Por otra parte, en ninguno de esos modelos de regresión quedaron incluidos como variables independientes las expectativas de molestia. Se decidió entonces estudiar las correlaciones de las expectativas de molestia con la intensidad de náusea y con la ansiedad referida por el paciente en la Entrevista Previa (Tabla 9), siendo todas ellas estadísticamente significativas.

## **DISCUSION**

Los resultados de esta segunda investigación se encuentran en la misma línea que las de la primera. No hay variaciones en las expectativas de molestia ni tampoco en las de autoeficacia a lo largo de los ciclos. Sin embargo, un análisis más detallado de estas últimas desarrollado en otro trabajo (Blasco, Alonso, Bayés *et al.*, 1991) en la que se consideran diferentes subgrupos dentro de la muestra estudiada, indicó una disminución en el nivel de autoeficacia de uno de esos subgrupos respecto a los otros dos en el tercer ciclo de tratamiento. Ello se debe a que, aun cuando en este artículo se han considerado los pacientes de forma global, es posible establecer diferentes criterios (Blasco, 1990) que permiten identificar diferentes cursos de la enfermedad en los diferentes diagnósticos. Estas evoluciones dispares podrían explicar la tendencia a disminuir la puntuación en las expectativas de resultados indicada en la Tabla 5.

En cuanto a la evolución irregular de las puntuaciones en expectativas de molestia, un análisis más detallado de los resultados (Blasco, 1990) evidenció que esta heterogeneidad podría deberse a una irregularidad en la intensidad de la náusea experimentada a lo largo de los ciclos. Es decir, los pacientes no siempre experimentan la misma intensidad de náusea en los diferentes ciclos, tal como indica la tabla 8, y, además, el mismo paciente puede experimentar distintas intensidades de un ciclo a otro, lo que podría, a su vez, explicar esa evolución irregular de los valores de las expectativas de molestia. Si bien podría considerarse que esta heterogeneidad en la evolución de la experiencia de náusea se debiera a la existencia de esos subgru-

pos dentro de la muestra a los que acabamos de aludir, un análisis detallado de esos subgrupos (Blasco, 1990) indicó que no existían diferencias entre los mismos en lo que refiere al porcentaje de sujetos que experimentaban los efectos secundarios de náusea con intensidad irregular, por lo que cabe concluir, pues, que esa irregularidad en la experiencia emética es debida al propio curso del tratamiento (quizá en interacción con las características psicológicas de los pacientes) y que esa irregularidad se traduce después en los juicios sobre expectativas de molestia. Todo ello confirma la consideración general de Bandura (1977, 1986) sobre el carácter cambiante de las expectativas en función de la experiencia.

En cuanto al papel modulador de las expectativas sobre los trastornos eméticos, los resultados del Segundo Estudio, a diferencia de los obtenidos en el primero, no permiten inferir un papel causal de aquéllas sobre éstas. Las correlaciones halladas pueden evidenciar únicamente el conocimiento que el paciente posee sobre sus reacciones somáticas ante agentes inductores de trastornos eméticos, lo cual podría explicar, a su vez, la intensidad de la ansiedad experimentada por los pacientes antes de recibir el tratamiento de quimioterapia, tal como indican los valores de la Tabla 9.

**TABLA 9.- Correlaciones de las expectativas de experimentar molestia con la ansiedad y la intensidad de la náusea en cada uno de los ciclos (todas las correlaciones son significativas al 0.05)**

		NAUSEA	ANSIEDAD
EXPECTATIVAS	CICLO 1	0.358	0.531
DE	CICLO 2	0.537	0.431
MOLESTIA	CICLO 3	0.413	0.615

Así pues, si bien estos resultados no permiten justificar la existencia de un papel modulador de las expectativas sobre las respuestas biológicas de náusea, sí parecen tener un valor predictor sobre una respuesta emocional como la ansiedad, que conlleva también una reacción biológica. Cabe suponer que, de haberse medido una respuesta biológica relacionada con la an-



siedad, dicha respuesta pudiera haber sido modulada por las expectativas de molestia, evidenciándose así ese posible papel regulador.

En cualquier caso, nuestros datos, habida cuenta de la irregularidad de la experiencia de náusea vivida por los pacientes, no descartan la posibilidad de que, efectivamente, ese papel modulador exista, aun cuando no hayamos sido capaces de detectarlo.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrykowski, M. A. y Gregg, M. E. (1992) The role of psychological variables in postchemotherapy nausea: anxiety and expectation. *Psychosomatic Medicine*. 54, 48-58.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986) *Pensamiento y acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1992) Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. En R. Schwarzer (Ed.) *Self-efficacy: thought control of action* (pp. 355-394). Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Blasco, T. (1990) *Factores psicológicos en la modulación de respuestas biológicas: el caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona.
- Blasco, T. (1991) Factores psicológicos involucrados en la tolerancia a la quimioterapia en pacientes de cáncer. *II Congreso de Asociaciones de Terapia y Modificación del Comportamiento de Países de Lenguas Latinas. "Latini Dies"*. Sitges. Barcelona. 2-4 mayo.
- Blasco, T. (1992) Relación entre pensamientos de molestia y efectos secundarios de la quimioterapia en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*. 3(3). 273-279.
- Blasco, T. y Bayés, R. (1990) Factores psicológicos en la tolerancia a los efectos secundarios de la quimioterapia. *Clínica y Salud*. 1(2). 133-141.
- Blasco, T., Alonso, C., Bayés, R., Subías, A., López López, J. J., Pallarés, C. y Ojeda, B. (1991) Perfiles psicológicos e incidencia de trastornos eméticos en pacientes sometidos a quimioterapia. *III Congreso Nacional de Oncología Médica*. Palma de Mallorca. 15-17 mayo.
- Challis, G. B. y Stam, H. J. (1992) A longitudinal study of the development of anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy patients: The role of absorption and autonomic perception. *Health Psychology*. 11(3). 181-189.

- Fetting, J. H., Wilcox, P. M., Iwata, B. A., Criswell, E. L. Bosmajian, L. S. y Sheidler, R. N. (1983) Anticipatory nausea and vomiting in an ambulatory medical oncology population. *Cancer Treatment Reports*. 67(12), 1093-1098.
- Jacobsen, P., Redd, W., Andrykowski, M., Marks, E., Kaufman, R., Currie, V. y Hakes, T. (1987) Nonpharmacologic factors in the development posttreatment nausea. *Current Concepts in Psycho-Oncology and AIDS* (Syllabus of the Postgraduate Course). September. 17-19. New York.
- Jacobsen, P. B., Andrykowski, M. A., Redd, W. H., Die-Trill, M., Hakes, T. B., Kaufman, R. J., Currie, V. E. y Holland, J. C. (1988) Nonpharmacologic factors in the development of posttreatment nausea with adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Cancer*. 61, 379-385.
- O'Leary, A. (1992) Self-efficacy and health: behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*. 16, 229-245.
- Villamarín, F. (1990a) Papel de la autoeficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*. 16, 55-79.
- Villamarín, F. (1990b) La concepción de la ansiedad en la teoría de la autoeficacia, ¿una alternativa a la teoría bifactorial del condicionamiento?. *Psicologemas*, 4, 219-246.