

ARTICULOS

Variables psicológicas implicadas en los problemas eméticos de los enfermos de cáncer

Psychological variables involved on the emetic reactions of patients with cancer

MÓNICA CARBALLERIA ABELLA*
ROSARIO J. MARRERO QUEVEDO

RESUMEN

En la presente investigación se ha estudiado la relación entre ciertas variables psicológicas y la conducta emética de pacientes oncológicos que reciben tratamiento de quimioterapia. Se crearon dos grupos de pacientes: personas que no han padecido vómitos en ningún momento del proceso terapéutico (n=40) y personas que han sufrido reacciones eméticas en varias ocasiones una vez recibido el tratamiento (n=28). Se han considerado variables sobre calidad de vida, afrontamiento, miedos y personalidad como locus de control, rigidez y control de la ira. Los análisis diferenciales realizados a nivel bivariado (pruebas t) y multivariado (análisis discriminante) nos confirman la existencia de diferencias entre ambos grupos de pacientes. En general, los pacientes con vómitos se caracterizan por padecer más molestias físicas, presentar más rigidez, manifestar más miedos y reaccionar culpabilizándose por los acontecimientos relacionados con su enfermedad.

* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de la Laguna.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación PS94-0080, denominado "Estrés psicológico, estrategias de afrontamiento y programas de intervención en cáncer" y subvencionado por la Dirección General de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y Cultura.

ABSTRACT

The present study analyses the relationship between some psychological variables and the emetic reactions in cancer patients receiving chemotherapy. We have divided the patients in two groups: patients without vomiting reactions throughout the treatment process (n=40) and patients presenting frequent vomiting after chemotherapy (n=28). The variables we have considered include quality of life, coping fears and personality (locus of control, rigidity and anger control). Statistical analysis (t-test and discriminant analysis) have show some differences between both groups of patients. In general, patients with vomiting reactions after chemotherapy are characterized by suffering more physical discomfort, being more inflexible, expressing more feelings of fear, aswell as by reacting with feelings of guilt related to their illness.

PALABRAS CLAVE

Cáncer, Quimioterapia, Vómitos, Variables Psicológicas.

KEY WORDS

Cancer, Chemotherapy, Vomiting, Psychological Variables.

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos la Ciencia ha invertido grandes esfuerzos en el estudio del cáncer desde una perspectiva fundamentalmente médica. Si bien los avances a este nivel han sido muy destacados, la sociedad empieza a ser consciente de que tan importante como el descubrimiento de nuevas formas de tratamiento, es el conocimiento sobre los aspectos preventivos de esta enfermedad o la aplicación de medidas destinadas a paliar los efectos negativos de la misma y/o su tratamiento, una vez ha sido diagnosticada (Bayés, 1985). En este terreno, la Psicología adquiere un papel destacado pues se muestra capaz de integrar un conjunto de conocimientos aplicables a casos en los que la Medicina presenta ciertas limitaciones. En este sentido, la Psicología Oncológica va a dirigir sus esfuerzos hacia las variables psicológicas que están relacionadas con la aparición y el mantenimiento del cáncer, así como con el estudio de los efectos de los tratamientos médicos en dichos pacientes. Precisamente, uno de los tratamientos aplicados en Oncología, la quimioterapia, es al que vamos a dedicar nuestro trabajo. Este tratamiento, aunque es efectivo para combatir la enfermedad, ya que el resultado es la progresiva autodestrucción de células malignas, lo que repercute en la

gradual disminución del tumor (Dorta, 1989), presenta como principal problema la falta de selectividad para destruir células, lo que origina efectos devastadores sobre los tejidos sanos del organismo. Esto, a su vez, se traduce en efectos secundarios como dolor muscular y óseo, alopecia, disminución de células sanguíneas, alteraciones renales y cardíacas, problemas en la fertilidad y náuseas y vómitos. Es a este último efecto colateral del tratamiento quimioterapéutico al que vamos a dedicar nuestra atención. Existe información que indica que aproximadamente el 50% de los enfermos sufre náuseas y vómitos como consecuencia de la aplicación de la quimioterapia, a pesar del uso de medicación antiemética y sedante a la que son sometidos (Gard, Harris, Edwards y McCormack, 1988; Holland y Rowland, 1989; Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993; Holland, 1998). Posiblemente, lo altamente aversiva que llega a resultar la respuesta emética, sea uno de los motivos de la baja adherencia al tratamiento, aunque éste suponga la curación o supervivencia (Burish y Carey, 1986; Coates, 1986; Love, Leventhal, Easterling y Nerenz, 1989). En base al momento en que se presenten las náuseas y vómitos, podemos diferenciar tres tipos: emesis aguda, cuando los vómitos aparecen durante las 24 horas siguientes al tratamiento;

emesis retardada, los vómitos continúan después de las 24 horas siguientes a la quimioterapia, y emesis anticipatoria que se refiere a los vómitos previos al tratamiento, una vez se han recibido ya varias dosis de fármacos y se conocen los efectos secundarios que conlleva dicho tratamiento; desarrollándose estos efectos a través de un proceso de aprendizaje asociativo en el cual los estímulos que se asocian con el tratamiento del cáncer, tales como la presencia de una enfermera o el olor de los fármacos son capaces de elicitar las respuestas condicionadas de náuseas y vómitos (Carey y Burish, 1988; Watson y Marvell, 1992).

Cualquiera que sea el momento en que se produzcan las náuseas y los vómitos de la quimioterapia, el estudio de dicha problemática merece un lugar destacado dentro de la disciplina de la Psicología Oncológica. Distintos acercamientos señalan como un aspecto de especial importancia en la aparición de la conducta emética, los factores emocionales. Así, por ejemplo, el estudio de Nerenz, Leventhal y Love (1982) presentó una relación significativa entre el estrés emocional que vive el paciente y la intensidad de su respuesta emética. En otro trabajo, la presencia de ansiedad elevada durante el tratamiento y las expectativas negativas sobre el

posterior desarrollo de vómitos ante la quimioterapia resultaron ser características habituales entre los pacientes que emitían vómitos (Joss, Brand, Buser y Cerny, 1990). En un intento por estudiar la relación entre ansiedad e intensidad de la náusea que experimentan los pacientes después de recibirla, Blasco (1992a) no encontró correlación significativa entre ansiedad y náuseas; sin embargo, otros estudios sí hallaron relaciones significativas entre ambas manifestaciones (Jacobsen et al., 1988). Otro aspecto que ha merecido cierta atención ha sido la relación entre la percepción que poseen los pacientes sobre su estado de salud y la incidencia de náuseas; concretamente, Blasco y Bayés (1990) confirman la influencia mutua que se da entre la percepción personal del estado de salud de los pacientes y la incidencia de náuseas, independientemente del potencial emetizante del agente citostático, de tal forma que si los pacientes percibían mejoría en su estado de salud, se daba una menor incidencia de náuseas y viceversa. Por su parte, el estudio de Gard, Harris, Edwards y McCormack (1988) concluyó que las preguntas centradas en los efectos aversivos del tratamiento, realizadas a los pacientes antes del mismo, incrementaba posteriormente la probabilidad de manifestar vómitos. Estos resultados, de algún modo,

confirman la importancia de las valoraciones subjetivas que realizan los enfermos sobre el tratamiento o sobre su estado clínico. Otro tipo de trabajos se centra en factores relacionados con la historia personal del individuo, como haber tenido una historia de vómitos ante la comida, embarazos, etc., que parece incidir positivamente en la posibilidad de manifestar tales reacciones ante el tratamiento quimioterapéutico (Morrow, 1984). Teniendo en cuenta los perjuicios físicos y psicológicos que trae consigo dicho tratamiento, resulta comprensible que una parte importante de la investigación en Psicología Oncológica se haya dedicado a la valoración de la calidad de vida de dichos enfermos. En este sentido, tanto Blasco y Rodríguez (1995) como posteriormente, Blasco e Inglés (1997) confirman la escasa calidad de vida que manifiestan los enfermos después del tratamiento y, sobre todo, aquellos pacientes que han recibido un número considerable de ciclos de quimioterapia. Sin embargo, Cagigal y Velasco (1995) no encontraron diferencias destacadas entre la dosis de quimioterapia administrada y la valoración de la calidad de vida que realizaban las pacientes con cáncer de mama. Realmente, los trabajos efectuados en relación con la conducta emética han sido poco concluyentes, de ahí que se planteen estudios de

tipo explicativo y preventivo. En relación a este último aspecto, se han empleado técnicas como la hipnosis, la relajación, la desensibilización sistemática, el biofeedback o la imaginación guiada, con el fin de prevenir o paliar la respuesta emética provocada por los fármacos citostáticos aplicados en quimioterapia (Morrow y Morrell, 1982; Morrow, 1986; Carey y Burish, 1987; Carey y Burish, 1988; Blasco, 1992b; Morrow et al. 1992; Vasterling, Jenkins, Matt Tope y Burish, 1993; Burish, Carey, Krozely y Greco, 1995; Genuis, 1995; Jacknow, Tschann, Link y Boyce, 1995; Alden, 1997).

A pesar de la investigación desarrollada en torno a este tema, algunos autores demandan el estudio de los factores de naturaleza psicológica que median en la aparición de dichas reacciones (Blasco y Bayés, 1990; Blasco, 1994). En este trabajo, nos centramos en analizar qué variables psicológicas pueden estar implicadas en mayor medida en la aparición de vómitos en los pacientes con cáncer. Para nuestros propósitos, hemos tomado en consideración algunas variables de funcionamiento personal como el locus de control, la rigidez o el control de la ira, las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, variables de miedos y algunas variables de calidad de vida de los enfermos.

MÉTODO

Sujetos

La muestra ha estado compuesta por 68 pacientes que, en el momento de la evaluación, se encontraban recibiendo tratamien-

to de quimioterapia. De esos 68 pacientes, 40 no presentaban vómitos (*Grupo de no vómito*) y 28 informaban de vómitos muy frecuentes en los días sucesivos al tratamiento (*Grupo de vómito*). La mayor parte de la muestra está constituida por mujeres, un 86%

TABLA 1
Descripción de la muestra por grupos, en función de variables sociodemográficas y médicas

VARIABLES	GRUPOS			
	NO VÓMITO		VÓMITO	
	N	%	N	%
NIVEL EDUCATIVO				
Sin estudios	18	45,00	10	35,71
Estudios de EGB	10	25,00	5	17,86
Estudios de FP, BUP o COU	7	17,50	11	39,28
Estudios universitarios	5	12,50	2	7,14
NIVEL OCUPACIONAL				
Profesión no remunerada	24	60,00	17	60,71
Profesión no cualificada	4	10,00	1	3,57
Profesión semicualificada	6	15,00	7	25,00
Profesión cualificada	6	15,00	3	10,72
LOCALIZACIÓN				
Localización desconocida	2	5,00	4	14,28
Linfoma	8	20,00	5	17,87
Cáncer de mama	16	40,00	10	35,72
Cáncer de ovario	2	5,00	4	14,28
Cáncer de colon	5	12,50	1	3,57
Sarcoma	2	5,00	1	3,57
Cáncer de pulmón	0	0,00	1	3,57
Cáncer de estómago	2	5,00	1	3,57
Mieloma	1	2,50	1	3,57
Cáncer de cavun	1	2,50	0	0,00
Cáncer de riñón	1	2,50	0	0,00
ESTADIO				
Estadio I	5	12,50	5	17,86
Estadio II	12	30,00	9	32,14
Estadio III	12	30,00	9	32,14
Estadio IV	11	27,50	5	17,86

en el grupo de vómito y un 85% en el grupo de pacientes que no padecen vómitos. La edad media de los pacientes del grupo de vómito es de 46,17 años (DT=11,18) y en el grupo de no vómito de 46,89 años (DT=11,45). En la **tabla N° 1** presentamos la distribución de la muestra en función de otras variables sociodemográficas y de las variables médicas consideradas en este estudio.

Por lo que se refiere al nivel educativo, observamos que, tanto en el grupo de vómito como en el de no vómito, predominan los pacientes que no han realizado estudios (35 y 45% de pacientes respectivamente). En cuanto al nivel ocupacional, en ambos grupos, la mayor parte de la muestra realiza profesiones no remuneradas (60%). Los distintos análisis chi cuadrado efectuados con las variables sociodemográficas descritas indican que no existen diferencias entre los grupos en base a tales variables ($\chi^2=.007$, $p=.935$; $\chi^2=25.544$, $p=.851$; $\chi^2=4.138$, $p=.247$; $\chi^2=2.017$, $p=.569$) por lo que éstas, por sí mismas, no explican la conducta emética de los pacientes.

También hemos considerado variables de tipo médico como la localización del tumor y el estadio de la enfermedad. En ambos grupos, el tipo de cáncer más representado es el cáncer de mama

(35% en el grupo de vómito y 40% en el grupo de no vómito). En el grupo de vómito aparecen en segundo lugar los linfomas (18%), seguidos del cáncer de ovario (14%) y de cánceres de origen desconocido (14%); mientras que en el grupo de no vómito también aparecen en segundo lugar los linfomas (20%), seguidos del cáncer de colon (12%); no obstante, estas diferencias entre los grupos no han resultado significativas ($\chi^2=7.723$, $p=.656$). En cuanto al estadio de la enfermedad, en ambos grupos, son los estadios de gravedad intermedia (II y III) los más representados (64% y 60% en cada grupo), no existiendo diferencias entre ambos grupos ($\chi^2=1.297$, $p=.729$).

Instrumentos de evaluación

De la amplia batería de instrumentos aplicada a los pacientes que forman parte de este trabajo, únicamente hemos incluido aquellas variables que podían estar más relacionadas con la conducta emética y que además habían mostrado, tras análisis previos, bajas intercorrelaciones (<.40) entre las mismas. La "**Entrevista sobre calidad de vida**" está basada en la entrevista de Cautela (1980) para enfermos crónicos y se trata de una entrevista semiestructurada que recoge fundamentalmente el funcionamiento de los

pacientes en las áreas familiar, laboral, social y sexual, además de diversos problemas médicos, eméticos y álgicos que afectan particularmente a los enfermos de cáncer. Las variables de calidad de vida consideradas para el presente estudio han sido: el Número de hospitalizaciones que ha tenido el paciente a lo largo de su historia vital; la Confianza en el tratamiento médico, con tres categorías de respuesta: ninguna confianza, confianza media, confianza total; las Molestias físicas, que recoge distintas quejas somáticas tales como cefaleas, palpitaciones, mareos, problemas digestivos, fatiga, inapetencia, etc.; la Tensión, entendida como una manifestación emocional, debiendo informar los pacientes sobre la presencia o ausencia de la misma; el Miedo a ser dependiente, tanto a nivel personal (amigos, familiares) como económico y el Miedo a los efectos de la enfermedad y su tratamiento que se refiere al temor expresado por los pacientes ante el tratamiento médico y a la posible pérdida de actividades de ocio y diversión. Además, hemos considerado el Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico hasta el momento de evaluación, en la que se han distinguido cuatro categorías: menos de 1 año, entre 1 y 2 años, entre 2 y 5 años y más de 5 años; El **“Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad”**

esta adaptado del cuestionario de Lazarus y Folkman (1986) y trata de sondear las distintas estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad que manifiestan los pacientes. Ha sido factorizado con una muestra de enfermos oncológicos (Carballeira, 1996) obteniéndose 8 escalas, de las que únicamente hemos utilizado dos: la Inculpción que hace referencia a la responsabilidad que cree tener el paciente en la aparición y progreso de su enfermedad y la Incredulidad y desconfianza que refleja una actitud de negación hacia el diagnóstico, así como la tendencia a distanciarse de la enfermedad a través de la exculpación. El **“Cuestionario sobre control de la ira”**: de Pelechano (1990) que también se ha factorizado con una muestra de enfermos oncológicos (Carballeira, 1993) obteniéndose dos escalas, de las cuales se ha utilizado una: la Ira hipercontrolada, ésta se refiere a la incapacidad para expresar emociones negativas debido a un excesivo control. El **“Cuestionario de Locus de Control”** que se trata de una adaptación del cuestionario de locus de control de Rotter (1966) y ha sido factorizado por Marrero (1993) con enfermos de cáncer, obteniéndose tres escalas, de las que se ha utilizado únicamente la escala Locus externo de indefensión con fatum que valora la creencia en el destino como aspecto determinante de las circunstancias

que vive el individuo, además de denotar un componente depresivo. El "**Cuestionario de Rigidez**" es una adaptación del cuestionario de rigidez de Fisch-Brengelman (no publicado). La factorización realizada con una muestra de enfermos oncológicos (Marrero, 1993) arrojó dos escalas, de las que hemos incluido una, el Elitismo e intolerancia a la ambigüedad, que está caracterizada por la creencia de que las opiniones de figuras de autoridad son decisivas a la hora de valorar las distintas situaciones vitales, dándose poca tolerancia ante las circunstancias que no se ajustan a los cánones del individuo. Por último, el "**Cuestionario de temores de Wolpe y Lang**" (1964) que recoge distintas sensaciones de miedo ante diferentes objetos, personas o situaciones. La factorización realizada por Capafóns (1991) con población general permitió obtener 15 escalas factoriales, de las que únicamente se ha utilizado el Miedo a objetos relacionados con la muerte que incluye todos aquellos temores referidos a la inminencia de la muerte, a cuestiones fúnebres, a estar ante personas fallecidas o a presenciar animales muertos.

Procedimiento

La muestra se seleccionó de los dos principales centros hospitalarios de la provincia de Santa Cruz

de Tenerife -Hospital Nuestra Señora de la Candelaria y Hospital Universitario de Canarias-. Nuestro equipo de trabajo se puso en contacto con pacientes que acudían a recibir tratamiento de quimioterapia en régimen ambulatorio al Hospital de Día de las Unidades de Oncología de ambos centros. Los pacientes fueron informados sobre los objetivos de la investigación, ofreciéndoles formar parte de forma voluntaria y gratuita en el proyecto que estábamos llevando a cabo sobre las características psicológicas relacionadas con la enfermedad y su tratamiento médico. El pase de pruebas precisó de una media de cuatro sesiones por paciente, con una duración de unos 90 minutos por sesión, la evaluación se llevó a cabo en el domicilio de los enfermos. Una vez estuvo evaluada la muestra, se procedió a la clasificación de los pacientes en función de la ausencia/presencia de reacciones eméticas, obteniendo así dos grupos, uno formado por los enfermos que no presentaron vómitos (n=40) y otro, formado por aquellos pacientes que emitieron vómitos de forma muy frecuente, más de siete veces al día (n=28).

RESULTADOS

Se han llevado a cabo dos tipos de análisis estadísticos; en primer

lugar análisis diferenciales bivariados (pruebas t) con el fin de comprobar si existen diferencias entre los grupos de vómito y no vómito en las distintas variables consideradas, y por otro lado, análisis diferenciales multivariados (discriminantes), con el propósito de obtener una posible caracterización psicológica de los pacientes que vomitan frente a los que no vomitan. Los resultados obtenidos en los análisis bivariados se presentan en la **tabla N° 2**.

De las trece variables analizadas, cuatro son capaces de establecer diferencias significativas

entre el grupo de vómito y el de no vómito, dos relacionadas directamente con el proceso de la enfermedad: el número de hospitalizaciones y las molestias físicas, y dos variables de funcionamiento personal: la ira hipercontrolada y el elitismo e intolerancia a la ambigüedad (ver **gráfico N° 1**).

En cuanto al número de hospitalizaciones, los pacientes sin vómitos, en líneas generales, parecen haber estado más veces ingresados que los pacientes con vómitos, aunque en relación con las molestias físicas experimentadas, son estos últimos los que

TABLA 2
Análisis diferenciales bivariados (pruebas t)
entre los grupos no vómito y vómito

	GRUPOS				t	p
	NO VÓMITO		VÓMITO			
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT		
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico	2.03	1.18	1.64	.99	1.40	.167
Número de hospitalizaciones	2.92	2.30	1.81	1.39	2.46	.017
Confianza en el tratamiento médico	1.69	.52	1.46	.51	1.79	.079
Molestias físicas	7.80	5.99	11.03	6.59	-2.10	.039
Tensión	1.30	.97	.93	1.02	1.53	.131
Miedo a ser dependiente	1.45	1.15	2.00	1.44	-1.75	.086
Miedo a la enfermedad y su tratamiento	6.87	4.48	8.39	3.76	-1.47	.147
Inculpação	2.92	2.90	2.00	2.54	1.35	.181
Incredulidad y desconfianza	1.35	2.38	.59	.97	1.80	.077
Ira hipercontrolada	3.05	5.91	10.50	3.18	2.29	.025
Locus externo: indefensión con fatum	13.61	4.48	11.54	4.87	1.79	.079
Elitismo e intolerancia a la ambigüedad	3.52	1.17	4.07	.94	-2.04	.045
Miedo a objetos relacionados con la muerte	4.23	3.16	5.39	3.24	-1.47	.147

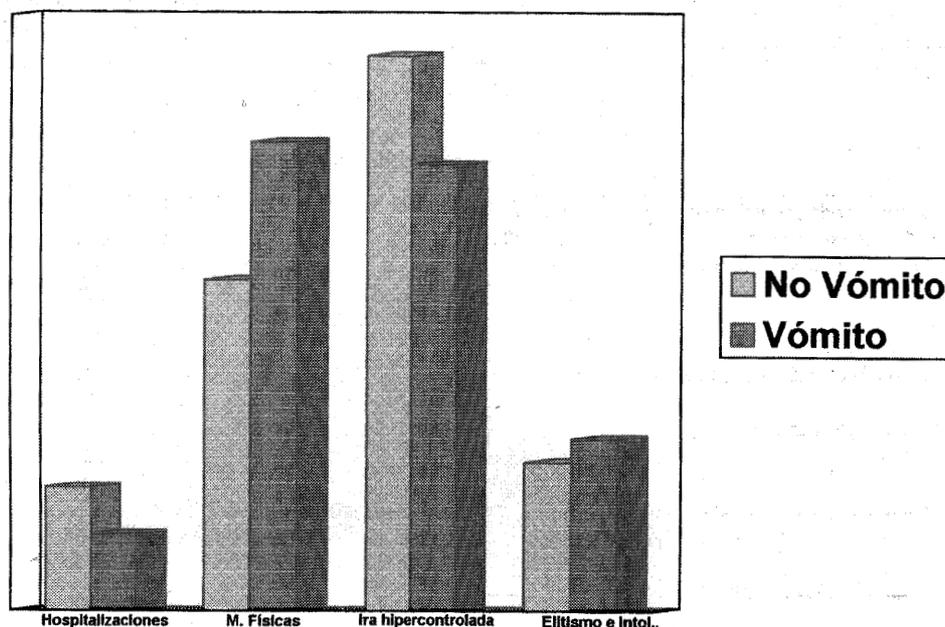
Nota: se ha sustituido el 0 y la coma decimal por un punto

puntúan más alto. De hecho, es previsible que aquellos pacientes que informan de vómitos manifiesten también más quejas añadidas de tipo físico (problemas digestivos, mareos, inapetencia, etc.) relacionadas directa o indirectamente con dichas reacciones. En relación a las variables de funcionamiento personal, observamos que el grupo que no vomita manifiesta una mayor ira hipercontrolada, mientras que el elitismo e intolerancia a la ambigüedad está presente en mayor medida en el grupo con vómitos. Aparecen además otras variables que arrojan diferencias marginal-

mente significativas entre los grupos, éstas son: la confianza en el tratamiento médico, el miedo a ser dependiente, la incredulidad y desconfianza y el locus externo de indefensión con fatum. Los pacientes sin vómitos demuestran tener mayor confianza en el tratamiento médico, aunque sorprendentemente, afrontan su situación con mayor incredulidad y desconfianza. Recordemos que, en cierta medida, la incredulidad y la desconfianza hacen referencia a la negación de la importancia de la enfermedad, lo que podría indicar que este tipo de estrategia, más utilizada entre

GRÁFICO 1

Diferencias Bivariadas significativas entre ambos grupos de pacientes



los pacientes sin vómitos, es capaz de paliar la aparición de sintomatología aversiva. Además, estos pacientes también presentan mayor locus de control externo, situando el control de su propio bienestar físico en circunstancias y personas ajenas, como podría ser el médico. El miedo a ser dependiente es más intenso entre los pacientes que vomitan, posiblemente el hecho de padecer dicha sintomatología puede hacer que se perciban como más vulnerables y de ahí que sean más susceptibles a sentimientos de dependencia hacia sus allegados.

Los análisis multivariados pretendían incluir las trece variables empleadas en este estudio, con el fin de extraer un posible perfil de los pacientes oncológicos que manifiestan vómitos postquimioterapia, pero debido a que ciertas variables presentaban intercorrelaciones altas hemos optado por realizar dos análisis discriminantes. El primer análisis discriminante incluye todas las variables excepto el Miedo a ser dependiente (ver **tabla nº 3**), y el segundo recoge de nuevo todas las variables salvo el Miedo a los efectos de la enfermedad y su tratamiento.

El primer análisis muestra que la función discriminante resulta ser estadísticamente significativa ($p < .0001$), indicándonos la corre-

lación canónica (.70) y el valor de Lambda de Wilks (.51) que los grupos mantienen una relación moderada con dicha función discriminante. A partir de la observación de las puntuaciones de los grupos centroides y de los coeficientes estandarizados de la función, podemos establecer un perfil para cada grupo, parece que los pacientes con vómitos presentan más miedo relacionado con la muerte y con los efectos de la enfermedad y su tratamiento, más molestias de tipo físico, manifiestan una mayor intolerancia ante situaciones ambiguas y muestran una mayor inculpação. Tal vez, el hecho de que estos pacientes presenten más quejas somáticas, incida en un mayor miedo ante diversas situaciones médicas y las consecuencias que éstas conllevan. Además, la rigidez que manifiestan podría estar determinando cierta incapacidad para hacer uso de otro tipo de estrategias que permitan la mejora de su problema. Por su parte, los pacientes que no presentan reacciones eméticas se perfilan fundamentalmente como más tensos y con más hipercontrol de la ira, posiblemente ese hipercontrol esté incidiendo en la mayor tensión experimentada, además, manifiestan un mayor locus de control externo. A partir de la matriz de clasificación se puede

confirmar la bondad del modelo con una capacidad de clasificación cercano al 87% de casos,

estando el grupo que no vomita ligeramente mejor clasificado que el grupo de vómito.

TABLA 3
Análisis diferencial multivariado (discriminante)
entre los grupos no vómito y vómito

Variable a incluir: MIEDO A LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO

A) FUNCIÓN CANÓNICA DISCRIMINANTE

Correlación canónica: .6976
Lambda de Wilks: .5134
Nivel de Significación: .0001

B) COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LA FUNCIÓN CANÓNICA DISCRIMINANTE

<u>VARIABLE</u>	<u>FUNCIÓN</u>
Tensión	.76
Miedo a objetos relacionados con la muerte	-.67
Molestias físicas diversas	-.53
Locus externo: indefensión con fatum	.44
Ira hipercontrolada	.39
Confianza en el tratamiento médico	.38
Incredulidad y desconfianza	.36
Miedos a los efectos de la enfermedad y su tratamiento	-.35
Número de hospitalizaciones	.35
Elitismo e intolerancia a la ambigüedad	-.32
Inculpación	-.26

C) VALOR DE LOS GRUPOS CENTROIDES

<u>GRUPO</u>	<u>FUNCION</u>
No vómito	.81
Vómito	-1.13

D) MATRIZ DE CLASIFICACIÓN

Grupo Original	Nº de Casos	<u>Grupos de predicción</u>			
		<u>NO VÓMITO</u>		<u>VÓMITO</u>	
		N	%	N	%
NO VÓMITO	40	35	87.5	5	12.5
VÓMITO	28	4	14.3	24	85.7

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 86.76

Nota: se ha sustituido el 0 y la coma decimal por un punto

Los resultados del segundo análisis discriminante llevado a cabo se presentan en la **tabla Nº 4**.

TABLA 4
Análisis diferencial multivariado (discriminante)
entre los grupos no vómito y vómito

Variable a incluir: MIEDO A SER DEPENDIENTE

A) FUNCIÓN CANÓNICA DISCRIMINANTE

Correlación canónica: .6924
Lambda de Wilks: .5206
Nivel de Significación: .0002

B) COEFICIENTES ESTANDARIZADOS DE LA FUNCIÓN CANÓNICA DISCRIMINANTE

<u>VARIABLE</u>	<u>FUNCIÓN</u>
Miedo a objetos relacionados con la muerte	-.76
Tensión	.74
Molestias físicas diversas	-.58
Locus externo: indefensión con fatum	.45
Ira hipercontrolada	.41
Confianza en el tratamiento médico	.38
Número de hospitalizaciones	.33
Incredulidad y desconfianza	.30
Miedo a ser dependiente	-.27
Elitismo e intolerancia a la ambigüedad	-.27
Inculpación	-.27

C) VALOR DE LOS GRUPOS CENTROIDES

<u>GRUPO</u>	<u>FUNCIÓN</u>
No vómito	.80
Vómito	-1.11

D) MATRIZ DE CLASIFICACIÓN

Grupo Original	Nº de Casos	<u>Grupos de predicción</u>			
		<u>NO VÓMITO</u>		<u>VÓMITO</u>	
		N	%	N	%
NO VÓMITO	40	33	82.5	7	17.5
VÓMITO	28	2	7.1	26	92.9

Porcentaje de casos correctamente clasificados: 86.76

Nota: se ha sustituido el 0 y la coma decimal por un punto.

Globalmente, los resultados van en la misma línea que los anteriores, estableciéndose únicamente ciertas diferencias en el peso de cada variable sobre la función discriminante. La correlación canónica (.69) y el valor de Lambda (.52) indica que los grupos mantienen una relación aceptable con la función. De nuevo, el perfil de los pacientes con vómitos conjuga los miedos a aspectos sobre la muerte, miedo a la posibilidad de ser dependiente, las molestias físicas, el elitismo e intolerancia a la ambigüedad y la inculpación. Mientras tanto, los pacientes sin vómitos se caracterizan fundamentalmente por índices más altos de tensión, locus externo, hipercontrol de la ira y confianza en el tratamiento médico. La matriz de clasificación presenta un alto porcentaje de casos correctamente clasificados (86.76%) sin embargo, en este caso la clasificación por grupos está menos equilibrada, de tal forma que se clasifica mejor el grupo de vómito, con un 93% de casos bien situados. Este resultado parcial nos informa que la inclusión del miedo a la dependencia en el grupo de variables redundante en una mejor clasificación de los pacientes con vómitos.

A través de los dos análisis discriminantes realizados podemos concluir que los pacientes que manifiestan vómitos se caracterizan por la presencia de molestias

físicas, miedos, rigidez e inculpación, mientras que los pacientes sin vómitos manifiestan una tensión más alta, mayor locus externo, más hipercontrol de la ira y más confianza en el tratamiento médico.

DISCUSIÓN

El interés por el estudio de la conducta emética de los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia proviene de distintas áreas. En este sentido, nos encontramos con científicos de laboratorio que persiguen el objetivo de descubrir nuevos fármacos y formas específicas de tratamiento dirigidos a neutralizar los devastadores efectos que supone la quimioterapia; o con el trabajo de los oncólogos, que se enfrentan diariamente con pacientes que sufren las reacciones adversas del tratamiento, teniendo que ingeniar modos de fomentar la adherencia al mismo. En muchas ocasiones los médicos, recurren a los profesionales de la Psicología de la Salud para conocer los factores de naturaleza psicológica que son capaces de modular o predecir los vómitos en los enfermos de cáncer, incluso las posibles repercusiones que tienen estas reacciones en la calidad de vida de los pacientes.

Tal y como se ha expresado, este estudio nace del interés por conocer si existen características

definitorias de los pacientes con náuseas y vómitos ante la quimioterapia, tanto de índole física como psicológica, teniendo en cuenta que todos ellos estaban recibiendo dicho tratamiento y, que en muchos casos, ante citotáticos idénticos, manifestaban reacciones eméticas bien diferenciadas. En este sentido, nuestro objetivo consistió en valorar la relación entre los vómitos postquimioterapia y algunas variables psicológicas, tales como calidad de vida, estrategias de afrontamiento, variables de funcionamiento personal y miedos, de modo que pudiéramos establecer un posible perfil de los pacientes con vómitos. Para ello, hemos aplicado distintos análisis estadísticos, tanto a nivel bivariado como multivariado, corroborándose en ambos, el mismo tipo de resultados.

Los pacientes con vómitos informan de más molestias físicas, dato que se encuentra en concordancia con el propio padecimiento de vómitos pues éste va unido a otros déficits orgánicos de tipo digestivo (Holland y Lesko, 1989) manifestándose más reacciones físicas negativas como fatiga, diarrea, mareos, dolor gástrico, pérdida de apetito, quejas recogidas en dicha variable. Por otro lado, también señalan una mayor incidencia de miedos; tal vez, el hecho de presentar manifestaciones físicas tan adversas hace que el paciente

se perciba como "menos sano" y de ahí que experimente más miedo a la propia enfermedad, a depender de su familia o a la muerte, anticipando, de alguna manera, que se encuentra ya en una etapa terminal. Ante ello, en los pacientes con vómitos aparece la inculpación como estrategia de afrontamiento más utilizada, el empleo de este tipo de estrategia ante un problema como el vómito puede desarrollar un efecto circular, en el sentido de que el paciente se responsabiliza de su estado físico y esta culpabilización puede incrementar tales reacciones, ya que este tipo de estrategia evitativa no permite afrontar el problema de un modo directo y eficaz. En cualquier caso, a partir del presente estudio no podemos establecer relaciones de causa-efecto entre los vómitos y las características descritas, sin embargo, consideramos un objetivo futuro el profundizar en el conocimiento de hasta qué punto la presencia de miedos y de inculpación pueden ser causa o consecuencia de dichas reacciones eméticas. Además de estas características, se observa entre los pacientes que vomitan un mayor elitismo e intolerancia a la ambigüedad, variable que denota rigidez ante situaciones o personas poco controlables o que generen algún tipo de incertidumbre, lo que también podría estar incidiendo en la inhibición de otras habilidades de afrontamiento más ade-

cuadas para controlar las respuestas eméticas.

Sin duda, estos resultados sugieren la existencia de una conexión entre ciertas variables psicológicas y la aparición de náuseas y vómitos en los pacientes oncológicos, indicándonos que se debe profundizar en dichos estudios, así como en la mejora de programas de prevención y tratamiento de dichas reacciones postquimioterapia. En este tipo de programas podría ser de utilidad ofrecer estrategias de dominio de ciertos temores que permitan afrontar los ciclos de quimioterapia de forma más adaptativa. Además, teniendo en cuenta que los pacientes sin vómitos presentan mayor confianza en el tratamiento médico, tal vez podría ser beneficioso

incluir entre los objetivos de tratamiento la mejora de las relaciones médico-paciente no sólo de tipo informativo, sino también y sobre todo, de tipo emocional (Grahm, 1996; Sitzia y Wood, 1998). En definitiva, consideramos de utilidad la proliferación de estudios que conjuguen el interés por el afrontamiento, la consideración de los miedos de los pacientes y sus características de personalidad, además de otras variables que no hemos incluido en este estudio pero han probado su relación con los vómitos de la quimioterapia (Blasco y Bayés, 1990; Blasco, 1992a; Dancey et al., 1997) a la hora de elaborar programas de prevención y tratamiento de los vómitos en los pacientes oncológicos que reciben quimioterapia.

REFERENCIAS

Alden, P.A. (1997). Using hypnosis with patients undergoing chemotherapy. *Comtemporary Hypnosis*, 14(2), 87-93.

Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.

Blasco, T. (1992a). Relación entre pensamientos de molestia y efectos secundarios de la quimioterapia en pacientes de cáncer. *Clínica y Salud*, 3(3), 273-279.

Blasco, T. (1992b). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la quimioterapia en pacientes de cáncer. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 41-61.

Blasco, T. (1994). Anticipatory nausea and vomiting: are psychological factors adequately investigated?. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 85-100.

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. e Inglés, N. (1997). Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia. *Anuario de Psicología*, 72(1), 83-92.

Blasco, T. y Rodríguez, E. (1995). Calidad de vida y bienestar en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia a altas dosis: un estudio preliminar. *Clínica y Salud*, 6(3), 331-340.

Burish, T.G. y Carey, M.P. (1986). Conditioned aversive responses in cancer chemotherapy patients. Theoretical and developmental analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 593-600.

Burish, T.G., Carey, M.P., Krozely, M.G. y Greco, F.A. (1995). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: prevention through behavioral treatment. En: A. Steptoe y J. Wardle (eds.), *Psychosocial processes and health: a reader*, (pp. 439-456). Cambridge: Cambridge University Press.

Cagigal, J.A. y Velasco, M.M. (1995). Valoración subjetiva de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama metastásico durante el tratamiento con quimioterapia. *Clínica y Salud*, 6(1), 83-92.

Capafóns, J.I. (1991). *Estudio psicopatológico y estrategias de intervención para la fobia a volar en transporte aéreo*. Informe parcial correspondiente al primer año de investigación. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Carballeira, M. (1993). *Un estudio exploratorio sobre los problemas eméticos en pacientes oncológicos a través de variables de personalidad, afrontamiento y miedos*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Carballeira, M. (1996). *Estudio de los estilos de afrontamiento frente a la enfermedad oncológica y sus determinantes*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Carey, M.P. y Burish, T.G. (1987). Providing relaxation training to cancer chemot-

herapy patients. A comparison of three delivery techniques. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 732-737.

Carey, M.P. y Burish, T.G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, 104(3), 307-325.

Cautela, J.R. (1980). *Organic dysfunction survey schedules*. Nueva York: Research Press.

Coates, A. (1986). Coping with cytotoxic therapy. En: B.A. Stoll y A.D. Weisman (eds.); *Coping with cancer stress*. (pp. 39-44). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

Dancey, J., Zee, B., Osoba, D., Whitehead, M., Lu, F., Kaizer, L., Latreille, J. y Pater, J.L. (1997). Quality of life scores: an independent prognostic variable in a general population of cancer patients receiving chemotherapy. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment Care and Rehabilitation*. 6,2, 151-158.

Dorta, J. (1989). *El cáncer y su prevención: rompiendo el mito del cáncer*. Santa Cruz de Tenerife: Centro de la cultura popular canaria.

Gard, D., Harris, J., Edwards, P.W. y McCormack, G. (1988). Sensitizing effects of pretreatment measures on cancer chemotherapy nausea and vomiting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 80-84.

Genuis, M.L. (1995). The use of hypnosis in helping cancer patients control anxiety, pain, and emesis: a review of recent empirical studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(4), 316-325.

Grahn, G. (1996). Patient information as a necessary therapeutic intervention. *European Journal of Cancer Care*, 5,1, 7-8.

Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. Nueva York: Oxford University Press.

- Holland, J.C. y Lesko, L.M. (1989). Chemotherapy, Endocrine Therapy, and Immunotherapy. En J.C. Holland y J.H. Rowland (eds.), *Handbook of Psychooncology*, (pp. 146-162). Nueva York: Oxford University Press.
- Holland, J.C. y Rowland, J.H. (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University Press.
- Jacknow, D.S., Tschann, J.M., Link, M.P. y Boyce, W.T. (1995). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 258-264.
- 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.
- Jacobsen, P.B., Bovbjerg, D.H. y Redd, W.H. (1993). Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer. *Health Psychology*, 12(6), 469-475.
- Joss, R., Brand, B.C., Buser, K.S. y Cerny, T. (1990). The symptomatic control of cytostatic drug-induced emesis. A recent history and review. *European Journal of cancer*, 26(1) S2-S8.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1984).
- Love, R.R., Leventhal, H., Easterling, D.V. y Nerenz, D.R. (1989). Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 63, 604-612.
- Marrero, R.J. (1993). *El dolor en pacientes oncológicos: un estudio exploratorio en función de variables de personalidad, afrontamiento y miedos*. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.
- Morrow, G.R. (1984). The assessment of nausea and vomiting. Past problems, current issues and suggestions for future research. *Cancer*, 53, 2267-2278.
- Morrow, G.R. (1986). Effect of the cognitive hierarchy in the systematic desensitization treatment of anticipatory nausea in cancer patients: a component comparison with relaxation only, counseling, and no treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 10(4), 421-446.
- Morrow, G.R., Asbury, R., Hammon, S., Dobkin, P., Caruso, L., Pandya, K. y Rosenthal, S. (1992). Comparing the effectiveness of behavioral treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting when administered by oncologists, oncology nurses, and clinical psychologists. *Health Psychology*, 11(4), 250-256.
- Morrow, G.R. y Morrell, C. (1982). Behavioral treatment for the anticipatory nausea and vomiting induced by cancer chemotherapy. *The New England Journal of Medicine*, 307(24), 1476-1480.
- Nerenz, D.R., Leventhal, H. y Love, R.R. (1982). Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50, 1020-1027.
- Pelechano, V. (1990). Personalidad y nivel de vida en pacientes renales terminales. Informe parcial correspondiente al primer año de investigación. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 609.
- Sitzia, J. y Wood, N. (1998). Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 1-12.
- Vasterling, J., Jenkins, R.A., Matt Tope, D. y Burish, T.G. (1993). Cognitive distraction and

relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 16,1, 65-80.

Watson, M. y Marvell, C. (1992). Anticipatory nausea and vomiting among cancer

patients: a review. *Psychology and Health*, 6, 97-106.

Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear survey for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.