

Calidad de vida y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer durante el tratamiento de quimioterapia*

Tomás Blasco
Núria Inglés
Universidad Autónoma de Barcelona

El objetivo de este trabajo es el de analizar la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia y ver si dichos aspectos se relacionan con variables demográficas y clínicas del paciente (sexo, edad, tipo de quimioterapia y número de tratamientos recibidos). Para ello se entrevistó a 140 pacientes antes de que recibieran un ciclo de tratamiento de quimioterapia evaluándose su calidad de vida y su adaptación a la enfermedad. Los resultados indican que, independientemente del tipo de quimioterapia, las mujeres experimentan más deterioro en su calidad de vida durante el tratamiento, y, por otro lado, que a mayor número de ciclos de quimioterapia recibidos, mayor deterioro en la calidad de vida de los pacientes. No se encontraron diferencias en la distribución de pacientes adaptados a la enfermedad en función de las variables estudiadas. Se discuten las implicaciones prácticas de estos resultados.

Palabras clave: Pacientes de cáncer, calidad de vida, adaptación a la enfermedad, quimioterapia

The aim of this study was to analyze the relationship between quality of life and adaptation to illness with a range of demographic and clinical characteristics (sex, age, type of chemotherapy and number of cycles of treatment received) in cancer patients receiving chemotherapy. Before receiving chemotherapy, 140 cancer patients were interviewed to assess their quality of life as well as their adaptation to illness. Results show that women had lower levels of quality of life than men, and that patients who received more cycles of treatment have also a lower quality of

* Este estudio fue realizado, en parte, gracias a la ayuda DGICYT PB94-0700 del Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid.

Dirección de los autores: Área de Psicología Básica. Apartado 29. Universidad Autónoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona).

life. No relation was found between adaptation to illness and the other variables studied. Implications of these data for clinical applications are discussed.

Key words: Cancer patients, Quality of life, Adaptation to illness, Chemotherapy

La calidad de vida y la adaptación a la enfermedad son dos conceptos cuya medición, aun cuando es difícil, proporciona un buen indicador de las características psicológicas de los pacientes de cáncer en los diferentes momentos de la enfermedad. Si las pruebas biomédicas (análisis, radiografías, etc.) constituyen el indicador que señala al oncólogo cuál es el estado de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos, la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad constituyen el complemento necesario que permite conocer el estado psicológico del paciente, y que puede modular, en muchos casos, la evolución del cáncer, tal como lo han mostrado diferentes trabajos de intervención con terapias psicológicas (Epping-Jordan, Compas y Howell, 1994; Fawzy *et al.* 1993; Fawzy, Fawzy, Ardnt *et al.* 1995; Spiegel, Bloom, Kraemer *et al.* 1989). Por otra parte, las características clínicas del paciente pueden ser un predictor fiable de su estado físico futuro, pero no de sus posibles alteraciones psicológicas y de su bienestar (Ringdal, Ringdal, Kuinnsdal *et al.* 1994). Existen diferentes instrumentos que evalúan tanto la calidad de vida como la adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer (Aaronson, Cull, Kaasa *et al.* 1994; Andreu y Galdón, 1989, Blasco y Bayés, 1992; Font, 1988), y, además, se han realizado en estos últimos años diversas investigaciones que han tratado de poner en relación dichos aspectos con otras variables psicológicas (Ferrero, Toledo y Barreto, 1995; Rodrigue, Behen y Tumlin, 1994). Los resultados obtenidos son muy amplios, y, en muchos casos, difíciles de cotejar por las diferencias metodológicas (tipo de pacientes, instrumentos de medida, etc.) entre los estudios, por lo que creemos que deberá pasar todavía algún tiempo antes de que puedan llevarse a cabo trabajos de revisión que nos permitan ofrecer conclusiones claras sobre las relaciones existentes entre los diferentes parámetros psicológicos que habitualmente se evalúan en pacientes de cáncer.

Sin menospreciar en absoluto la necesidad y la importancia de este tipo de trabajos, creemos que se ha producido un cierto «olvido» de los estudios que intentan poner en relación esas variables psicológicas con variables demográficas y biomédicas de los pacientes. Es decir, debemos preguntarnos si, además de relacionar la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad con otras variables psicológicas (rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento), no será igualmente interesante y útil conocer las posibles relaciones entre calidad de vida y adaptación a la enfermedad, por un lado, y variables de tipo demográfico (como la edad o el sexo) y biomédicas (como las características del tratamiento), por otro. Desde ese planteamiento, hemos creído interesante aportar algunos datos que permitan conocer más a fondo esa cuestión, aprovechando la experiencia adquirida en el estudio de los efectos secundarios de la quimioterapia (Blasco, 1990; 1994a, 1994b). Por lo que conocemos, la literatura que analiza los efectos

de la quimioterapia sobre la calidad de vida no es demasiado amplia, y se ha centrado en describir aspectos como la fatiga (Lindley, Hirsch, O'Neill, *et al.* 1992; Irvine, Vincent, Graydon, *et al.* 1994). Otros autores han señalado que los pacientes con peor calidad de vida son los que tienen mayor tendencia a abandonar la quimioterapia (Gilbar, 1991). Por último, otro grupo de investigadores (Ahles *et al.* 1994) ha señalado que, aun cuando en ciertos casos la quimioterapia consiga un aumento de la supervivencia, ésta se logra a costa de un importante deterioro de la calidad de vida. En este contexto, nuestro interés no se dirige a intentar evaluar la morbilidad que produce la quimioterapia sobre la calidad de vida, sino a tratar de conocer qué variables del paciente y del tratamiento directamente extraíbles de su historial médico puedan indicarnos qué subtipos de pacientes, de los que reciben quimioterapia, tienen mejor o peor calidad de vida, y mejor o peor adaptación a la enfermedad.

Así pues, el objetivo de este trabajo es analizar la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer que reciben quimioterapia y ver si existen variaciones en función de las siguientes variables: edad y sexo, por un lado, y tipo de quimioterapia y número de ciclos de tratamiento que les han sido administrados, por otro.

Método

Sujetos

140 pacientes, 50 hombres (35.7%) y 90 mujeres (64.3%) con una media de edad de 52.51 años (SD=13.94) comprendida entre los 17 y los 84 años.

La distribución de diagnósticos fue la siguiente: mama, 62 pacientes (44.3%); cánceres de cabeza y cuello, 14 pacientes (10%); sarcoma, 14 pacientes (10%); pulmón, 11 pacientes (7.9%); ovario o endometrio, 7 pacientes (5%); linfomas, 7 pacientes (5%); vejiga, 3 pacientes (2.1%); testículo, 2 pacientes (1.4%) y otros cánceres, 20 pacientes (14.3%).

31 pacientes (22.1%) recibían quimioterapias que contenían cisplatino (consideradas como muy molestas por producir efectos secundarios de náusea y vómito), mientras que los 109 pacientes restantes (77.9%) recibían quimioterapias sin cisplatino, potencialmente menos molestas.

Por último, 72 pacientes (52.9%) habían recibido entre 1 y 3 ciclos de quimioterapia, 64 pacientes (47.1%) habían recibido más de tres ciclos de tratamiento, y de 4 pacientes no pudo obtenerse esta información.

Medidas

Se aplicó el instrumento de medida de la calidad de vida QL de Font (1988), del cual se deriva el Índice de Adaptación propuesto posteriormente por

Blasco y Bayés (1992). El instrumento QL proporciona cuatro subescalas que evalúan la pérdida de calidad de vida en diferentes ámbitos: aumento de síntomas (escala SINTO), aumento de pérdida de capacidad funcional corporal (escala CORPO), aumento de pérdida de relaciones familiares y sociales (escala RELFAM), y aumento de malestar psicológico (escala PSICOL). Además, proporciona una medida de pérdida global de la calidad de vida (escala QL). Este instrumento se fundamenta en escalas análogas visuales, con valoración 0-100, de tal modo que a mayor puntuación en cualquiera de las subescalas, mayor deterioro en la calidad de vida en el ámbito evaluado. A partir de las subescalas del instrumento QL, el Índice de Adaptación de Blasco y Bayés (1992) proporciona una medida del estado de adaptación del paciente en ese momento. Se considera que existe adaptación si el malestar psicológico del paciente es igual o inferior al que experimenta en los ámbitos relativos a los síntomas, las capacidades funcionales, y las relaciones familiares. En cambio, si el malestar psicológico es superior al existente en los otros ámbitos, se considera que el/la paciente no está adaptado(a). De este modo, el Índice de Adaptación se establece a partir de un cociente: valores iguales o superiores a 1 indican que existe adaptación, mientras que los valores inferiores a 1 revelan una falta de adaptación.

Procedimiento

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio realizado en el Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona entre octubre de 1993 y octubre de 1994. Los pacientes eran requeridos en forma individual por una entrevistadora cuando llegaban al hospital para recibir el correspondiente ciclo de tratamiento. Se solicitaba entonces su colaboración, explicándoseles que deberían contestar a una serie de cuestiones sobre su estado general antes y después de recibir la quimioterapia. Si los/las pacientes aceptaban participar, se les explicaba el procedimiento de las escalas análogas visuales y las características generales del estudio. Antes de recibir la quimioterapia, o en los primeros momentos de la misma, los/las pacientes respondían a las cuestiones del instrumento QL y a otras concebidas específicamente para el estudio. Los datos sobre la edad, sexo y tratamiento del/la paciente se extrajeron posteriormente de la historia clínica.

Resultados

Las tablas 1 a 4 recogen los resultados en cada una de las subescalas del instrumento QL en función de las variables que hemos considerado en este estudio. El punto de corte para establecer los dos grupos de edad se estableció en los 50 años, y se eligió por ser un valor próximo a la media de edad de la muestra. Además, otros autores han utilizado también este punto de corte (Morrow, Lindke y Black, 1991). En cuanto al número de ciclos de quimioterapia recibi-

dos, se decidió construir los grupos en función de si habían recibido de 1 a 3 ciclos, o de si habían recibido 4 o más ciclos, ya que, de este modo, teníamos a aproximadamente el 50% de los pacientes en cada grupo. Por último, respecto al tipo de quimioterapia, hemos agrupado a los pacientes en función de si recibían un tratamiento muy emetizante o poco emetizante, estrategia habitual en este tipo de estudios (véase, por ejemplo, Andrykowski y Gregg, 1992).

TABLA 1. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN HOMBRES Y MUJERES SEGÚN LAS PUNTUACIONES DEL INSTRUMENTO QL. SINTO=SUBESCALA DE SÍNTOMAS; CORPO= CAPACIDAD FUNCIONAL; FAMSOC=RELACIONES FAMILIARES; PSICOL=PROBLEMAS PSICOLÓGICOS; QL=PÉRDIDA GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA

SEXO DE LOS PACIENTES				
Subescala del QL	Hombre		Mujer	
	M (SD)	n	M(SD)	n
SINTO	13.60 (18.36)	50	16.51 (17.41)	90
CORPO	5.48 (15.61)	50	12.95 (21.57)	90
FAMSOC	4.72 (8.53)	50	9.76 (12.38)	90
PSICOL	11.56 (15.44)	50	18.60 (22.70)	90
QL	8.52 (10.79)	50	14.00 (15.47)	90

TABLA 2. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE LOS PACIENTES SEGÚN LAS PUNTUACIONES DEL INSTRUMENTO QL. SINTO=SUBESCALA DE SÍNTOMAS; CORPO=CAPACIDAD FUNCIONAL; FAMSOC=RELACIONES FAMILIARES; PSICOL=PROBLEMAS PSICOLÓGICOS; QL=PÉRDIDA GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA

EDAD DE LOS PACIENTES				
Subescala del QL	17-50 años		51-84 años	
	M (SD)	n	M(SD)	n
SINTO	13.01 (13.87)	52	16.92 (16.91)	88
CORPO	8.59 (17.19)	52	11.28 (21.40)	88
FAMSOC	7.90 (11.90)	52	8.00 (11.14)	88
PSICOL	16.03 (21.59)	52	16.11 (20.16)	88
QL	10.75 (12.35)	52	12.80 (15.18)	88

En general, se observan elevadas desviaciones estándar en todos los casos, lo que evidencia una gran disparidad en las evaluaciones del QL entre los pacientes. A fin de analizar la influencia sobre la calidad de vida de cada una de las cuatro variables, y sus dos categorías, consideradas en este estudio, se llevaron a cabo análisis de la varianza 4×2 para cada una de las puntuaciones obtenidas en el instrumento QL. Estos análisis indicaron un efecto significativo del número de ciclos (véase Tabla 4) sobre las escalas SINTO ($F(1,120)=8.023$; $p=0.005$), FAMSOC ($F(1,120)=6.359$; $p=0.013$), y PSICOL ($F(1,120)=3.983$; $p=0.048$), así como también un efecto prácticamente significativo sobre la escala global QL ($F(1,120)=3.763$; $p=0.055$). Asimismo, la variable sexo (véase

TABLA 3. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE QUIMIOTERAPIA SEGÚN LAS PUNTUACIONES DEL INSTRUMENTO QL. SINTO=SUBESCALA DE SÍNTOMAS; CORPO=CAPACIDAD FUNCIONAL; FAMSOC=RELACIONES FAMILIARES; PSICOL=PROBLEMAS PSICOLÓGICOS; QL=PÉRDIDA GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA

Subescala del QL	TIPO DE QUIMIOTERAPIA			
	Sin platino		Con platino	
	M (SD)	n	M (SD)	n
SINTO	14.41 (15.42)	109	15.77 (18.41)	31
CORPO	8.16 (20.09)	109	10.88 (19.92)	31
FAMSOC	7.03 (10.06)	109	8.22 (11.77)	31
PSICOL	16.06 (18.21)	109	16.09 (21.34)	31
QL	11.03 (12.25)	109	12.33 (14.72)	31

TABLA 4. PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE CICLOS DE QUIMIOTERAPIA RECIBIDOS, SEGÚN LAS PUNTUACIONES DEL INSTRUMENTO QL. SINTO=SUBESCALA DE SÍNTOMAS; CORPO=CAPACIDAD FUNCIONAL; FAMSOC=RELACIONES FAMILIARES; PSICOL=PROBLEMAS PSICOLÓGICOS; QL=PÉRDIDA GLOBAL DE LA CALIDAD DE VIDA

Subescala del QL	NÚMERO DE CICLOS RECIBIDOS			
	1-3		Más de 3	
	M (SD)	n	M (SD)	n
SINTO	11.47 (14.43)	72	19.40 (19.67)	64
CORPO	9.81 (22.05)	72	10.06 (16.56)	64
FAMSOC	5.90 (10.26)	72	10.57 (12.37)	64
PSICOL	13.43 (18.86)	72	19.71 (22.54)	64
QL	9.97 (14.25)	72	14.39 (14.08)	64

TABLA 5. PORCENTAJES DE PACIENTES QUE CUMPLÍAN EL CRITERIO DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD, SEGÚN EL ÍNDICE DE ADAPTACIÓN, EN FUNCIÓN DE LAS DIFERENTES VARIABLES CONSIDERADAS EN LA INVESTIGACIÓN

Variables	Porcentaje de pacientes adaptados
<i>Sexo</i>	
Hombre	36%
Mujer	32.2%
<i>Edad</i>	
17-50 años	33.3%
51-84 años	33.9%
<i>Tipo de quimioterapia</i>	
Con platino	25.8%
Sin platino	35.7%
<i>Número de ciclos</i>	
1-3	29.1%
Más de 3	35.9%

Tabla 1) también tuvo una influencia significativa sobre las escalas CORPO ($F(1,120)=4.270$; $p=0.041$), FAMSOC ($F(1,120)=7.910$; $p=0.006$), y PSICOL ($F(1,120)=5.719$; $p=0.018$), y un efecto significativo sobre la escala global QL ($F(1,120)=5.770$; $p=0.018$). No hubo efectos significativos del tipo de quimioterapia o de la edad, ni tampoco efectos de interacción entre las cuatro variables consideradas en el estudio.

Por lo tanto, los hombres tienen menos pérdida de funcionalidad, menos deterioro de las relaciones sociales y familiares, y menor incidencia de alteraciones psicológicas que las mujeres, y, globalmente, tienen un menor deterioro de la calidad de vida. De forma similar, los pacientes que han recibido entre 1 y 3 ciclos de quimioterapia tienen menor incidencia de síntomas, menor deterioro de las relaciones sociales y familiares, y menor incidencia de alteraciones psicológicas que los pacientes que han recibido 4 o más ciclos; asimismo, parecen tener una menor pérdida global de calidad de vida.

En cuanto al Índice de Adaptación, que cataloga a los pacientes en «adaptados» y «no adaptados» (véase Tabla 5), la prueba de ji cuadrado no mostró diferencias significativas entre los porcentajes de pacientes existentes en los diferentes grupos (véase Tabla 5).

Discusión

Ya hemos indicado que la escasez de estudios que analicen la problemática de la quimioterapia en pacientes de cáncer con un objetivo similar al nuestro, hace difícil tener puntos de referencia. Además, los factores que determinan el nivel de vida y el bienestar de los pacientes de cáncer posiblemente son muy diversos y es difícil poder destacar a unos pocos como los más directamente responsables de ello. Por otra parte, la gran variabilidad interindividual que hemos observado en nuestro estudio y otros similares (Blasco, 1990; Blasco y Bayés, 1990; Blasco y Villamarín, 1993), revelan que, al hablar de pacientes de cáncer de forma general, es muy difícil identificar, si es que existen, estereotipos y/o categorías de pacientes en lo que a características psicológicas e índices de bienestar se refiere, si exceptuamos aquellos trabajos en los que se han utilizado muestras más homogéneas que la nuestra, como es el caso de las investigaciones de Font (1988) o de Ferrero, Barreto y Toledo (1994), por ejemplo. Cabe indicar, en cualquier caso, que quizá la elevada variabilidad interindividual de los resultados de nuestro trabajo pueda deberse al instrumento de medida utilizado, puesto que el intervalo de valores 0-100 que ofrecen las escalas análogas visuales favorece una mayor disparidad de puntuaciones que las escalas Lickert de 5 ó 7 puntos en las que suelen fundamentarse otras escalas de evaluación dentro del ámbito de la psicología oncológica, como el *Mental Adjustment to Cancer* (Watson, Greer, Young, et al. 1988) o el elaborado por la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (Aaronson, Cull, Kaasa, et al. 1994).

En cuanto a las aportaciones concretas de nuestro trabajo, la identificación de dos factores «sencillos» (esto es, de fácil valoración) como son el sexo del pa-

ciente y el número de ciclos de tratamiento recibidos, y que guardan una relación con determinados aspectos de la calidad de vida, ofrece un punto de referencia rápido para identificar, dentro del grupo de pacientes que están recibiendo quimioterapia, subgrupos con riesgo de experimentar sensibles disminuciones de su calidad de vida, y sobre los que aplicar estrategias preventivas y/o paliativas, tanto por parte del psicólogo como por parte del oncólogo responsable del paciente. Así, ser mujer, independientemente de la edad, y llevar más de tres ciclos de tratamiento de quimioterapia, independientemente de que dicha quimioterapia sea más o menos generadora de efectos secundarios, indicaría un alto riesgo de experimentar sensibles niveles de deterioro en, prácticamente, todas las dimensiones que componen el concepto «calidad de vida». Es posible que la edad pueda también influir en el deterioro de la calidad de vida; sin embargo, con los criterios considerados en este estudio no hemos podido detectar dicha posibilidad. Quizá la utilización de otros criterios u otros análisis estadísticos pueda aportar más datos sobre esta cuestión.

Por otro lado, la ausencia de relación entre las variables «demográficas» y «médicas» consideradas en nuestro estudio, y la adaptación a la enfermedad (evaluada con el Índice de Adaptación), también constituye una información importante, por cuanto demuestra que este aspecto no puede fundamentarse en variables que, como las utilizadas aquí, no tienen en cuenta las características propias y específicas de cada paciente como individuo que reacciona a una situación. En este sentido, no debe sorprendernos el hecho de que la calidad de vida se relacione con parámetros demográficos y médicos y eso no sea posible al referirnos a la adaptación a la enfermedad. La razón estriba, a nuestro juicio, en que la calidad de vida es muy sensible a los síntomas físicos, y éstos sí dependen de los parámetros de la quimioterapia (a mayor número de tratamientos, mayor toxicidad acumulada y mayor posibilidad de efectos secundarios) o del paciente, pues las mujeres parecen experimentar mayores niveles de náuseas y vómitos como efecto secundario de la quimioterapia (Comis, 1990; Martín y Díaz Rubio, 1988). En cambio, no parece lógico que la adaptación a la enfermedad, concepto que remite a capacidades y recursos de afrontamiento, pueda depender del sexo del paciente o del tipo de quimioterapia que reciba, sino más bien de la propia historia personal del individuo y de su entorno sociofamiliar, aspectos éstos que, evidentemente, poco o nada tienen que ver con el sexo del individuo y con los fármacos antineoplásicos que recibe.

Concluyendo, pues, creemos que nuestro estudio ofrece dos consideraciones útiles e importantes. La primera es que, en general, en pacientes sometidos a quimioterapia, la calidad de vida disminuye a medida que aumenta el número de ciclos de tratamiento, y que esta disminución es mayor en las mujeres que en los hombres. La segunda es que la adaptación a la enfermedad durante el tratamiento de quimioterapia es algo que no parece depender de variables como el sexo y la edad, o el tipo y número de ciclos de quimioterapia que ha recibido el/la paciente. Por lo tanto, para determinar las características que definirían el perfil de un paciente adaptado al cáncer es necesario recurrir a la valoración de otros aspectos como las reacciones emocionales (Behen y Rodrigue, 1994), las actitudes (Carver *et al.* 1994), el apoyo familiar (Aymanns, Filipp y Klauer,

1995), u otras que se consideren adecuadas (Rodríguez, Behen y Tumlin, 1994). En cualquier caso, cada paciente en particular constituye algo único, y, por lo tanto, la determinación de sus características psicológicas y del tipo de apoyo que pueda serle más beneficioso es algo que debe llevarse a cabo mediante una valoración clínica completa que integre, junto a los aspectos psicológicos, aquellos otros derivados directamente de su historia médica como paciente oncológico.

REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Cull, A., Kaasa, S. & Sprangers, M.A.G. (1994). The EORTC Modular approach to quality of life assessment in oncology. *International Journal of Mental Health*, 23 (2), 75-96.
- Ahies, T.A., Silberfarb, P.M., Rundle, A.C., Holland, J.C., Kornblith, A.B., Canellios, G.P., Green, M.R. & Perry, M.C. (1994). Quality of life in patients with limited small-cell carcinoma of the lung receiving chemotherapy with or without radiation therapy for cancer and Leukemia Group B. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 193-199.
- Andreu, Y. y Galdón, M.J. (1989). Un primer acercamiento a la evaluación del ajuste emocional del paciente oncológico. *Anales de Psiquiatría*, 5 (9), 348-358.
- Andrykowski, M. A. & Gregg M. E. (1992). The role of psychological variables in post-chemotherapy nausea: anxiety and expectation. *Psychosomatic Medicine*, 54, 48-58.
- Aymanns, P., Filipp, S.H. & Klauer, T. (1995). Family support and coping with cancer: some determinants and adaptive correlates. *British Journal of Social Psychology*, 34, 107-124.
- Behen, J.M. & Rodríguez, J.R. (1994). Predictors of coping strategies among adults with cancer. *Psychological Reports*, 74, 43-48.
- 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. (1994a). Anticipatory nausea and vomiting: Are psychological factors adequately investigated? *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 85-100.
- Blasco, T. (1994b). La náusea y el vómito asociados a la quimioterapia: una reflexión sobre la investigación básica y aplicada. *Anuario de Psicología*, 61 (2), 51-55.
- 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. & Bayés, R. (1992). Adaptation to illness in cancer patients: A preliminary assessment. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (3), 207-211.
- Blasco, T. y Villamarín, F. (1993). Expectativas de eficacia y de resultados en pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (67), 689-706.
- Carver, C.S., Pozo, C.S., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Moffat, F.L. & Clark, K.C. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73, 1213-1220.
- Comis, R.L. (1990). Advances in the control of nausea and vomiting: A commentary. *ICSCO Reviews*, 1, 3-4.
- Epping-Jordan, J., Compas, B.E. & Howell, D.C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13 (6), 539-547.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Hyun, C.S., Elashoff, R., Guthrie, R., Fahey J.L. & Morton D.L. (1993). Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50, 681-689.
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Ardnt, L.A. & Pasnau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52, 100-113.
- Ferrero, J., Barreto, M.P. y Toledo, M. (1994). Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: An exploratory study. *Psycho-Oncology*, 3, 223-232.
- Ferrero, J., Toledo, M. y Barreto, M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1), 87-102.

- Font, A. (1988). *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis doctoral no publicada. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.
- Gilbar, O. (1991). The quality of life of cancer patients who refuse chemotherapy. *Social Sciences and Medicine*, 32 (12), 1337-1340.
- Irvine, D., Vincent, L., Graydon, J.E., Bubela, N. & Thompson, L. (1994). The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. *Cancer Nursing*, 17 (5), 367-378.
- Lindley, C.M., Hirsch, J.D., O'Neill, C.V., Transau, M.C., Gilbert, C.S. & Osternaus, J.T. (1992). Quality of life consequences of chemotherapy induced emesis. *Quality of Life Research*, 1, 331-340.
- Martín, M. y Díaz Rubio, E. (1988). Toxicidad gastrointestinal de la quimioterapia antineoplásica. En E. Díaz Rubio (Ed.), *Efectos secundarios de la quimioterapia antineoplásica* (pp. 27-41). Barcelona: Doyma.
- Morrow, G. R., Lindke, I. & Black, P. M. (1991). Anticipatory nausea development in cancer patients: replication and extension of a learning model. *British Journal of Psychology*, 82, 61-72.
- Ringdal, G.T., Ringdal, K., Kuinnsland, S. & Götestam, K.G. (1994). Quality of cancer patients with different prognoses. *Quality of Life Research*, 3, 143-154.
- Rodrigue, J.R., Behen, J.M. & Tumlin, T. (1994). Multidimensional determinants of psychological adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 3, 205-214.
- Spiegel, D., Bloom J.R., Kraemer, H.C. & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, October 14, 888-891.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C. & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, 18, 203-209.